

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos usuários com HAS e/ou DM da UBS /ESF
do Pacoval de Macapá/AP**

Emílio Ahuar Gomez

Pelotas, 2015

EMÍLIO AHUAR GOMEZ

**Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM da UBS /ESF
do Pacoval de Macapá/AP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Linda Cristina Sangoi Haas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G633m Gómez, Emilio Ahuar

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM da UBS
/ESF do Pacoval de Macapá/AP / Emilio Ahuar Gómez; Linda Cristina
Sangoi Haas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

98 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença
Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Haas, Linda Cristina
Sangoi, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

O meu pai Emilio Ahuar Lopez e a minha mãe Belkis Gomez Garcia pelo seu apoio incondicional e dedicação a mim em todas as etapas da minha vida.
Minha esposa Yoandra Carmenaty Pichardo pelo seu grande amor e compressão.
Para todos os familiares e amigos que me ajudaram ser um homem melhor a cada dia.

Agradecimentos

Eu quero de maneira especial expressar os meus agradecimentos a todos àqueles que de uma forma ou outra me ajudaram na realização deste trabalho.

- Deus por me proporcionar momentos agradáveis e bons na minha vida.
- Minha orientadora Linda Cristina Sangoi Haas.
- Meus pais Emilio Ahuar Lopez e Belkis Gomez Garcia, por me dar estímulo e ficar comigo em todos os momentos, mesmo na distancia, me dando o apoio necessário para seguir em frente.
- As colegas, pela troca de experiências.
- Para minha equipe 037 e todos os profissionais da unidade de saúde Pacoval que participaram com muito entusiasmo, pelo apoio de todos os dias.

Resumo

GOMEZ, Emílio Ahuar. **Melhoria da Atenção aos usuários com HAS e/ou DM da UBS /ESF do Pacoval de Macapá/AP**. 2015. 99 Folhas. Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Modalidade a Distância, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de usuários com hipertensão e/ou diabetes. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensados, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Na unidade de saúde do Pacoval-Macapá/AP foi realizada uma intervenção entre os meses de agosto a dezembro de 2014, com o objetivo de melhoria da atenção aos usuários com HAS e DM, com ações nos quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica que objetivou a melhoria do cadastramento de 50 % dos portadores com hipertensão e diabetes com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência do serviço. A Unidade Básica de Saúde vinculada a Estratégia Saúde da Família, tem uma estimativa à área adstrita de 1.916 usuários com hipertensão e 473 com diabetes, com a intervenção foram avaliados 366 portadores com hipertensão e 137 portadores com diabetes chegando ao final da intervenção com uma cobertura de 19,1% e 29% para os agravos de hipertensão e diabetes. Obtivemos como indicador de qualidade 93,7 e 94,2% em dia para o exame clínico e exames complementares e com prescrição da medicação da farmácia popular com 97,1% e 92,3% respectivamente. Não houve o alcance da meta de cobertura planejada, mas com o principal objetivo de melhorar e incorporar a intervenção à rotina do serviço da unidade. A intervenção se mostrou eficiente. Sugere-se que seja institucionalizada, pois na unidade básica de saúde as ações já estão incorporadas na assistência aos usuários.

Palavras-chave: saúde da família, atenção primária à saúde, doença crônica, hipertensão e diabete Mellitus.

Lista das figuras

Figura 1	Ação comunitária	17
Figura 2	Quadro com cronograma da intervenção	54
Figura 3	Fotografia de visita domiciliar a usuária com hipertensão.....	62
Figura 4	Fotografia de ação de saúde com a equipe com a técnica enfermagem e ACS e NASF	62
Figura 5	Fotografia de visita domiciliar a usuários com DM.....	62
Figura 6	Fotografia de Verificando pressão no domicílio do usuário com hipertensão.....	63
Figura 7	Fotografia de reunião da equipe de saúde na UBS.....	63
Figura 8	Fotografia de vista com o enfermeiro a usuário com HAS.....	63
Figura 9	Fotografia da sala de consultas com as técnicas de enfermagem.....	64
Figura 10	Fotografia de reunião de uma das equipes.....	64
Figura 11	Gráfico de cobertura de usuários com HAS do programa de HAS e DM.....	66
Figura 12	Gráfico de cobertura de usuários com DM do programa de HAS e DM.....	66
Figura 13	Gráfico da proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	67
Figura 14	Gráfico da proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	68
Figura 15	Gráfico da proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	68

Figura 16	Gráfico da proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo o protocolo.....	69
Figura 17	Gráfico da proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.....	70
Figura 18	Gráfico da proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.....	70
Figura 19	Gráfico da proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	71
Figura 20	Gráfico da proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	71
Figura 21	Gráfico da proporção de usuários com HAS faltosos às consultas com busca ativa.....	72
Figura 22	Gráfico da proporção de usuários com DM faltosos às consultas com busca ativa.....	72
Figura 23	Gráfico da proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	73
Figura 24	Gráfico da proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	74
Figura 25	Gráfico da proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	75
Figura 26	Gráfico da proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	75
Figura 27	Gráfico da proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	76
Figura 28	Gráfico da proporção de usuários com HAS com orientação sobre a prática de atividade física regular	77

Fgura 29	Gráfico da proporção de Usuários com DM com orientação sobre a prática de atividade física regular	77
Figura 30	Gráfico da proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	78
Figura 31	Gráfico da proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	78
Figura 32	Gráfico da proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal.....	79
Figura 33	Gráfico da proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal.....	79

Lista de abreviaturas e siglas

ACD	Auxiliar Cirurgião Dentista
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AP	Amapá
APS	Atenção Primária da Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CP	Citopatológico
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente transmissível
EaD	Educação a Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Assistência a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PMM	Prefeitura Municipal de Macapá
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Primária
SISCOLO	Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

Sumário

Apresentação.....	14
1 Análise Situacional	15
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	15
1.2 Relatório da Análise Situacional	17
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	26
2 Análise Estratégica	27
2.1 Justificativa	27
2.2 Objetivos e Metas	28
2.2.1 Objetivo Geral.....	28
2.2.2 Objetivos Específicos e Metas.....	28
2.3 Metodologia	30
2.3.1 Detalhamento das ações	31
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3 Logística	52
2.3.4 Cronograma da Intervenção	54
3 Relatório de Intervenção.....	55
3.1 Ações previstas no Projeto que foram desenvolvidas.	55
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.	60
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados.	61
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações.	61
4. Avaliação da Intervenção.....	65
4.1 Resultados.....	65
4.2 Discussão	79
5 Relatório da Intervenção para os Gestores	82
6 Relatório da Intervenção para a Comunidade	84
7 Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem.....	86
Apêndice.....	90
Anexos.....	94

Apresentação

O presente trabalho é o relato de uma intervenção desenvolvida no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Federal de Pelotas, sobre Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM da UBS/ESF Posto de Saúde do Pacoval de Macapá/AP.

No primeiro capítulo apresenta-se a Análise Situacional, com um texto escrito na terceira semana de ambientação do curso de Especialização em Saúde da Família, relatando a percepção da situação do serviço de saúde antes do início do curso. Em sequência, o relatório da análise da situacional, apresentando o município e a atenção em saúde na unidade em questão. No segundo capítulo, expõem-se a Análise Estratégica, através do projeto de intervenção com os objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e o cronograma do projeto. Já o terceiro capítulo, refere-se ao Relatório da Intervenção, que relata as ações previstas e desenvolvidas durante este período, as que não foram desenvolvidas, a coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço. O quarto capítulo refere aos resultados e a discussão da intervenção, além do relatório da intervenção para a comunidade e para os gestores do município. No quinto e último capítulo, faz-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Estou trabalhando num posto de saúde da cidade de Macapá, capital do estado de Amapá, tem uma localização ao norte, chama-se Pacoval e seu horário de funcionamento é das 07h00min às 17h00min horas. O serviço conta com recepção, sala de vacinação, farmácia, dois consultas de atendimento, sala de curativas, sala de ultrassom e a direção, está integrada por três equipes de saúde, cada uma atende aproximadamente mais de 5.000 pessoas de diferentes idades, dados fornecidos pelo enfermeiro de nossa equipe. Todas as equipes consistem de um médico geral da família, uma enfermeira, dois técnicos em enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde, outro pessoal que trabalha na Unidade Básica de Saúde (UBS) são dois técnicos em farmácia, dois enfermeiras vacinadoras, pessoal de Núcleo de Assistência a Saúde da Família (NASF), um médico internista, um médico de ultrassom, pessoal de serviço e de segurança, a assistente da diretora e a diretora.

As consultas são planejadas em nosso posto de saúde, mas não tem dias específicos para os grupos prioritários, mas temos muito em conta o seguimento adequado das crianças, grávidas, puérperas, idosos, consultas de hiperdia e demanda espontânea. Também em combinação com pessoal de enfermagem fazemos ações comunitárias (FIGURA 1) e palestras de diferentes temáticas necessárias para elevar o conhecimento dos usuários, entre os temas mais tratados podemos mencionar a importância de evitar a gravidez na adolescência, conhecimento dos principais sintomas de doenças infecciosas, as principais medidas para manter a higiene pessoal e coletiva. Na área temos baixa taxa de incidência de tuberculose e hanseníase, entre as causas, mas frequentes de demanda espontânea são o parasitismo intestinal, infecções da pele e respiratórias.

Fazemos visitas domiciliares três dias por semana, em cada visita é feita em conjunto com um técnico de enfermagem e o agente comunitário que atende sua micro área. Além disso, eles agendam os pacientes que tem prioridade na atenção domiciliar como acamados, incapacitados, grávidas, puérperas, recém-nascidos e lactantes, além de outros pacientes que precisem de nossa atenção. Nestas visitas domiciliares nos vinculamos com diferentes fatores da comunidade como escolas, igrejas, trabalhadores da prefeitura, com o objetivo de permitir de maneira progressiva e efetiva eliminar determinadas situações que podem converter-se em problemas de saúde, por exemplo, a presença elevada de lixo fora das casas, elevada presença de focos de mosquitos *aedes aegyptis*, pouca cultura no uso de água tratada para consumo, elevada incidência de pacientes fumantes.

Vinculado às diretrizes do Ministério da Saúde (MS) e a secretaria da saúde do município de Macapá nossa equipe tem o propósito de elevar a qualidade nos serviços de saúde e assim melhorar cada dia mais os indicadores de saúde do povo macapaense e brasileiro. Com meus esforços pretendo contribuir com o desenvolvimento da saúde e assim conseguir o mundo melhor.

Nossa população da ESF é em torno de 5.000 habitantes, com os dados que foram fornecidos por o enfermeiro e outro pessoal do posto de saúde, mas a população está em etapa de cadastramento e não tenho os dados exatos, em minha UBS trabalhamos três equipes de saúde, que temos que alternar de horário por falta de local, já que existem somente duas salas de atendimento para consulta.



Figura 1. Ação comunitária realizada na área de abrangência da UBS/ESF Posto de Saúde do Pacoval, Macapá/AP.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Macapá é um município brasileiro localizado no estado de Amapá, conta com uma população de 437.256 habitantes (IBGE), com 20 UBS na zona urbana e três UBS na zona rural, totalizando 23 UBS, e cinco Unidades de Saúde da Família (USF) localizados no bairro Araxá, Brasil Novo, Infraero I, Santa Rita e Curiaú, totalizando 82 equipes de ESF. A estratégia conta com o apoio de oito equipes de NASF, também quatro equipes para o serviço de Atenção domiciliar. A atenção especializada está garantida principalmente no Hospital Geral da cidade, embora em algumas UBS tenha a presença de especialistas de atenção secundária, a atenção hospitalar ainda está deficitária em muitos aspectos, por exemplo, nas inter-relações com atenção primária de saúde. Temos o Hospital Geral, um Hospital de Pronto Socorro para adultos, um Hospital de Pronto Socorro infantil, um Hospital Materno em fase construção, além de uma Unidade de Pronto Atendimento, também existem algumas clínicas privadas especializadas. Há disponibilidade dos exames laboratoriais que são realizados em duas UBS e no Hospital Geral, tendo que melhorar na qualidade e tempo dos resultados. No nosso município devemos melhorar o atendimento das urgências e as emergências como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a cidade tem poucas ambulâncias para tanta população.

Nosso trabalho está se desenvolvendo numa UBS da cidade de Macapá, capital do estado de Amapá, tem uma localização na área urbana no norte, chama-se Pacoval e seu horário de funcionamento é das 07h00min às 17h00min horas, seu vínculo é exclusivo com o Sistema Único de Saúde (SUS), não temos vínculo com instituições de ensino. Somos unidade de Saúde da Família com três equipes saúde da família (ESF), cada um atende aproximadamente de mais de 4.500 pessoas, são compostas por um médico geral da família, uma enfermeira, dois técnicos em enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde. Também temos o pessoal que trabalha na UBS que são dois técnicos em farmácia, duas enfermeiras vacinadoras, equipe do NASF (assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, educador físico), um médico clínico geral, radiologista, pessoal de serviço e de segurança, a assistente da diretora e a diretora, não temos cirurgião dentista nem auxiliar cirurgião dentista (ACD).

Em relação à **estrutura física** da UBS contamos com uma sala de recepção/arquivo, uma sala de espera com iluminação natural e que acomoda menos de 15 pessoas, uma sala de vacinação, um consultório sem banheiro, uma farmácia, dois consultórios de atendimento multiprofissional, uma sala de curativos/procedimentos, uma cozinha, uma sala de gerência, um sanitário para funcionários, um depósito para material de limpeza, uma sala de ultrassom, um abrigo para resíduos sólidos e um depósito para lixo contaminado. Temos muito pouco espaço em quase todas as áreas, contamos somente com um consultório e necessitamos utilizar a sala de odontologia sem equipo, que não está em funcionamento, Às paredes é de superfície lisa e não laváveis, os pisos são de superfície lisa e laváveis nada é realizado para adequar ou eliminar as barreiras arquitetônicas, posso exemplificar a ausência de rampas alternativas para pessoas portadoras de deficiências, sem piso antiderrapante. Na UBS também não existe escovódromo, não há não balcão e bebedores mais baixos para crianças, cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, não existem corrimão no corredor, não existem banheiros com portas adaptadas, nem porta com maçaneta de alavanca, não temos sala armazenamento, lavagem e descontaminação de materiais, sala de esterilização e estocagem de materiais. Realizamos a esterilização diariamente através da estufa. Há déficit de sanitários para pessoas portadoras de deficiências. Temos dificuldades com a nebulização e a esterilização que é realizada na sala de curativo, outra deficiência encontrada é o atendimento da equipe do NASF que tem que

restringir o tempo de suas consultas na sala de consultas do médico. Não há em todos os ambientes, sinalização visual e ou auditiva (figuras, Braille). O lixo é recolhido pela prefeitura duas vezes por semana, de forma separada (reciclável e orgânico), o lixo contaminado é recolhido separadamente.

Os prontuários são arquivados por usuários, há um sistema de reposição de materiais de consumo insuficiente, não há a calibragem dos esfigmomanômetros e de balanças. Quanto aos equipamentos e materiais há disponibilidade insuficiente de balanças adulto e infantil, espéculos vaginais, estetoscópio, foco de luz, glicômetro, mesa ginecológica, Sonar e não temos autoclave. Não é realizada manutenção, reposição de equipamentos, instrumentos, mobiliário, material de consumo. No serviço não temos acesso à internet, telefone próprio, impressora, microcomputador. Os ACS não possuem balança para crianças, não recebem filtro solar, materiais de expediente e uniforme em quantidade suficiente. São disponibilizados poucos medicamentos da lista da farmácia popular, temos as vacinas de rotina, mas não temos disponibilizada a tríplice bacteriana, realizamos os testes diagnósticos de glicemia capilar, anti- HIV, sífilis. Os acessos a exames complementares, temos o RX com contraste, Ultrassonografia obstétrica e vaginal. Quanto ao atendimento especializado temos somente acesso ao Oftalmologista, que é agendado direto da UBS ao prestador. Contamos com acesso à remoção de usuários em situação de urgência, nossos usuários têm acesso ao Programa de Atenção Integral à Saúde (PA/PS). Temos todos os protocolos disponibilizados na UBS, com exceção do de Avaliação / classificação de risco biológico.

Realizamos consultas planejadas em nosso posto de saúde, mas não tem dias específicos para os grupos prioritários, temos o seguimento adequado das crianças, grávidas, puérperas, idosos, consultas de crônicos e demanda espontânea. Em nossa área adstrita não existe conselho local de saúde, há a associação de moradores, igrejas e, escolas. Realizamos atividades de educação popular (conversas, palestras, dinâmica de grupo, oficinas, etc.), acolhimento, interação com os profissionais da UBS, a importância do planejamento familiar na adolescência, gestação e parto, estilo de vida saudável, Doença Sexualmente Transmissível/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), principais sintomas de doenças infecciosas, principais medidas para manter a higiene pessoal e coletiva. Temos baixa taxa de incidência de tuberculose e

hanseníase, as causas mais frequentes de demanda espontânea são verminose intestinal, infecções da pele e respiratórias. Realizamos visitas domiciliares três dias por semana, em cada visita é realizada em conjunto com um técnico de enfermagem e o ACS do micro- área, os mesmos agendam os usuários que tem prioridade na atenção domiciliar como acamados, portadores de deficiências físicas, grávidas, puérperas, recém-nascidos e lactantes e outras necessidades que necessitam atenção especial. Nas visitas domiciliares vinculamos diferentes setores da comunidade como escolas, igrejas, trabalhadores da prefeitura, com o objetivo de permitir de maneira progressiva e efetiva a eliminação de determinadas situações que podem converter-se em problemas de saúde, por exemplo, a presença elevada de lixo fora das casas, elevada presença de focos de mosquitos *Aedes aegypti*, uso de água tratada para consumo e elevada incidência de usuários fumantes.

Participamos do processo de territorialização e mapeamento da equipe, sendo atribuições identificar os grupos, famílias, indivíduos expostos ao risco, identificação de grupos de agravos e sinalização dos equipamentos e redes sociais participando médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e, ACS. Na UBS são realizamos pequenos procedimentos nem atendimentos de urgência/emergência. Os profissionais de enfermagem e o ACS fazem busca ativa de faltosos. Orientamos e assistimos usuários ostomizados. Planejamos e acompanhamos o plano terapêutico singular, a internação domiciliar. Na UBS devemos melhorar no trabalho em equipe e multiprofissionais, baseados nos protocolos oficiais. Os atendimentos odontológicos dos nossos usuários são referenciados a outra UBS mais próxima, com dificuldade de agendamento como relatado anteriormente.

Nossas reuniões de equipe são semanais, onde construímos as agendas, o processo de trabalho, discutimos casos, planejamos ações. Nas micro- áreas discutimos casos clínicos, planejamos e organizamos o trabalho e discutimos os indicadores de saúde.

Nos domicílios nossos profissionais (médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde) participam de diferentes maneiras em muitas atividades com nossa comunidade, posso mencionar busca ativa de usuários faltosos, busca ativa de usuários com doenças e agravos de notificação compulsória, a participação com a comunidade em atividade de promoção social, a identificação de parceiros e recursos na comunidade para potenciar ações intersetoriais, além de fazer consultas medicas e de

enfermagem, verificamos pressão arterial, entre outras atividades. Os encaminhamentos realizados em nossa unidade são baseados nos protocolos oficiais do Ministério de saúde, embora não temos os protocolos de especialidades como a internação hospitalar, o atendimento em serviços de pronto atendimento e em pronto- socorro. Não há o entrosamento entre as equipes de ESF e a equipe do NASF, sendo a assistência responsabilidade de todos os profissionais, sugerindo mais sensibilidade dos mesmos com os problemas da comunidade.

Em relação à **população da área adstrita** temos aproximadamente 12.600 habitantes, com 3.800 famílias já cadastradas, temos 75% de cobertura da área adstrita, pela estimativa temos um pequeno aumento do sexo feminino (6.426) para o masculino (6.174), sendo maior na faixa etária de 10 a 34 anos (5.543) temos como dificuldade a expansões da área adstrita, do cadastramento e a falta de ACS, todas as equipes estão completas com seus integrantes, mas estão com usuários além do preconizado para cada equipe, sugerindo a cobertura de 100% da área adstrita.

Em relação à **atenção a demanda espontânea**, em nossa UBS, temos mudado a maneira de pensar dos profissionais da equipe de saúde com relação a este tema. O iniciar de nosso trabalho no posto somente realizavam as consultas agendadas, sem ter em conta as necessidades às demandas espontâneas gerando insatisfações dos usuários, o estímulo ao acolhimento, não temos excesso de demanda. Há na UBS clínico geral para atendimentos fora da área adstrita, temos também um centro de saúde de atenção secundária perto de nossa UBS. A cada quinze dias realizam-se reuniões das equipes para a organização do trabalho.

Na atenção à **saúde da criança** realizamos o atendimento na puericultura na faixa etária de 0-72 anos, temos como estimativa 1.150 crianças menores de cinco anos. Este atendimento é disponibilizado diariamente, acolhemos criança fora da área de cobertura que é realizada pela enfermeira, clínico geral ou de família. Realizamos consultas programadas como da demanda com problemas de saúde agudo. Não existe protocolo de atendimento, é realizada imunização, tratamentos de problemas clínicos e de saúde bucal, prevenção da violência infantil, de anemias, ao aleitamento materno, hábitos saudáveis e o teste do pezinho. Nas consultas fazemos a classificação de risco, o registro é realizado no prontuário individual, na caderneta da criança e na ficha espelho, solicitamos a caderneta da criança

nas consultas e sempre são realizadas as orientações ao responsável. Na UBS não existe o programa bolsa família. Não realizamos atividades de grupo na UBS. As mães dos recém-nascidos e lactantes só gostavam do atendimento com o pediatra e progressivamente isso foi modificando, o correto exame físico avaliando adequadamente a criança, nas visitas domiciliares determinamos fatores de riscos e sempre prestando atenção para todas as dúvidas dos pais e familiares das crianças. Sugerimos a contratação de um pediatra para fazer parte da equipe do NASF, para auxiliar as equipes no atendimento. Não foi possível preencher o caderno de ações programáticas, porque não há ficha espelho de atendimento e ou algum dado para avaliação. Não temos formulário para bolsa família e do SIAB, mas utilizamos o Sistema Único de Saúde (SUS) enviado pelo o Ministério da saúde para um maior controle da qualidade do atendimento da população. Protocolo de saúde da criança, 2012.

Em relação **ao pré-natal** temos a estimativa de 189 gestantes (1,5% da população total), temos cadastradas 89 gestantes para 47% de cobertura na UBS, as demais fazem seu pré-natal no hospital ou no sistema privado. Este atendimento acontece diariamente em nossa unidade pelas enfermeiras e médicos clínicos gerais ou de família. A gestante sai da UBS com sua próxima consulta agendada, não há excesso de demanda, o atendimento baseia-se no protocolo do MS, realizamos atendimento individualizado, exame ginecológico e citopatológico (CP), imunizações, orientamos no planejamento familiar, etc. Fazemos a classificação de risco gestacional, registramos no prontuário individual, ficha espelho do pré-natal, do atendimento nutricional e de vacinas. Fazemos o cadastro no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) do MS, sendo o enfermeiro responsável por esta ação programática enviando seu cadastro para a SMS do município, planejando, avaliando, monitorando, coordenando, fazendo reuniões semanais. As equipes realizam atividades de grupos na UBS, são quatro grupos, com a participação do NASF (psicólogo, nutricionista, assistente social, educador físico), técnicos de enfermagem, enfermeiras e médicos. Não foi possível preencher o caderno de ações programáticas, pois não existem na UBS estes registros. Ao iniciar nesta unidade em comum acordo iniciamos o atendimento intercalando consulta individual pelos médicos e enfermeiras, realizamos o registro individual no prontuário e arquivamos por micro área, orientamos os e risco na gravidez, a importância do atendimento

com odontologista, a atualização de sua vacinação e demais orientações gerais, sempre fazendo atendimento das gestantes de baixo risco conforme o protocolo. Nossas dificuldades são as gestantes faltosas, as que iniciam seu pré-natal tardiamente e que, não realizam os exames requisitados. Protocolo ao atenção pré-natal de baixo risco, 2012.

Em relação à **prevenção de câncer de mama** temos a estimativa de 1.046 mulheres, com 23% de cobertura. Realizamos orientações sobre o controle do peso corporal, prática de atividade física, malefícios do consumo excessivo do álcool. Realizamos também ações de educação para o reconhecimento dos sinais e sintomas de câncer de mama, exame clínico e solicitação de mamografia. Estas ações são realizadas diariamente. Estamos atendendo mulheres fora da área adstrita, mas não sabemos quantas. O rastreamento é organizado e as ações são realizadas pelo médico, enfermeiro, baseadas nos protocolos do MS existentes na UBS. A equipe multiprofissional (assistente social, enfermeiro, clínico geral/ da família, nutricionista, psicólogo) faz a captação das mulheres. São investigados os fatores de risco, mas não temos o número de mamografias alteradas, nem do seguimento das mesmas. Os registros são realizados em um livro, prontuário e formulário especial. Há um arquivo para o registro das mamografias que é revisado mensalmente para a busca de faltosas, acompanhamento das mulheres com exames alterados, registro, avaliação. Este acompanhamento é realizado pelos médicos clínico geral/ da família e dos enfermeiros. O enfermeiro e o médico clínico geral/da família fazem o planejamento, gerenciamento, coordenação, avaliação e monitoramento através de reuniões semanais utilizando dados do SIAB, registros, prontuário produzindo relatórios semanais. Não foi possível preencher as abas do caderno de ações programáticas num determinado tempo por problemas informáticos que depois foi resolvido preenchendo os dados necessários. Protocolo sobre controle do câncer do colo do útero e da mama, 2013.

Em relação à **prevenção de câncer de útero** temos a estimativa de 3.276 mulheres, com 60% de cobertura. Realizamos orientações quanto ao uso do preservativo, malefícios do álcool, realização periódica do CP. Ofertamos e realizamos o exame CP todos os dias. Atendemos mulheres fora da área adstrita, mas não sabemos o número. A coleta é realizada pelo enfermeiro e a captação é realizada pela equipe multiprofissional médico clínico geral/da família, enfermeiro, nutricionista, assistente social, psicólogo, técnico de enfermagem. Nosso rastreamento é organizado, utilizamos o protocolo do MS existente na

UBS que é utilizado pelos enfermeiros e médicos clínico geral/de família. É investigado fatores de risco, mas não temos o número de mulheres com CP alterado e nem seu seguimento. O registro é realizado no livro, prontuário, formulário. Temos arquivos específicos que são revisados mensalmente para faltosas, exames alterados, registros, avaliação pelo enfermeiro e médico clínico geral e da família. Temos oito grupos na UBS, nas escolas, associação de bairros, comunitária, indústrias, igrejas. Estas atividades são realizadas pela equipe multiprofissional (assistente social, enfermeiro, médico, nutricionista, psicólogo, técnico de enfermagem). Os enfermeiros e os médicos clínicos gerais e de família planejam coordenam, gerenciam, avaliam e monitora este programa semanalmente através de reuniões semanais pelos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), registros, prontuários semanalmente. Não foi possível preencher o caderno de ações programáticas num momento determinado por problemas informáticos mas resolvida a situação logramos preencher os dados necessários. Protocolo sobre controle do câncer do colo do útero e da mama, 2013.

Com relação ao **programa de hipertensão e diabetes** se realiza de acordo com o protocolo, 2013 de HAS/DM do MS e as orientações do mesmo, temos a estimativa 1916 usuários com HAS e de 473 usuários com DM na área adstrita, atendemos este grupo de outras áreas, temos demanda reprimida. A assistência a este grupo é realizada diariamente. As consultas fazem se de maneira programadas dando ênfase do controle destas doenças, fazendo a avaliação de risco cardiovascular e exame do pé diabético e assim evitando complicações, os usuários saem da mesma com sua próxima consulta agendada, o registro é realizado no prontuário clínico. Realizamos orientações individuais e palestras sobre os fatores de riscos destas doenças, sinais de complicações com suas características, fazemos grupos de educação em saúde com a ajuda da psicóloga e nutricionista fazemos um trabalho de parceria, embora ainda muitos usuários não tenham percepção do risco e não fazem o tratamento direito, não tem hábitos saudáveis e, são sedentários. Um fator que incide negativamente é que ainda os ACS não têm cadastrados os 100% dos portadores de hipertensão, impedindo os dados atualizados adequadamente. O cadastramento e envio a SMS é responsabilidade das enfermeiras e dos médicos. O planejamento, gerenciamento e coordenação são realizados pela assistente social, enfermeiras, médicos, nutricionista,

psicólogo, técnico de enfermagem em reuniões trimestrais através do SIAB e do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus produzindo relatórios. O registro do atendimento é realizado no prontuário individual. Não foi possível preencher o caderno das ações programáticas, pois não há ficha espelho do atendimento e ou algum instrumento de avaliação. Protocolo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, 2013.

Em relação à **saúde dos idosos** temos a estimativa de 1.386 idosos na nossa área adstrita, o atendimento é realizado em todos os turnos diariamente o idoso sai da UBS com sua próxima consulta agendada. Fazemos um trabalho com responsabilidade a favor da saúde dos idosos, na comunidade e em outros espaços comunitários onde realizamos em parceria com o NASF (Assistente social, Psicologista, Nutricionista), Enfermeiro, técnico de enfermagem e os agentes comunitários muitas atividades esportivas, educativas-recreativas, imunizações, cuidado de suas doenças crônicas, como fazer uma dieta saudável, tabagismo, sedentarismo, riscos de acidentes, temos quatro grupos na comunidade. Fazemos visitas domiciliares em conjunto com os ACS, técnicos de enfermagem e enfermeiro, avaliamos o tratamento, fazendo identificação de idosos frágeis ou em riscos de fragilização, em alguns idosos não realizamos a Avaliação Geriátrica Global, é uma tarefa pendente que devesse cumprir no 100 % deles atividades grupais com parceira dos profissionais de saúde do NASF, em nossa UBS não temos protocolo para as atenção dos idosos mas realizamos as orientações do Ministério de saúde pelo o caderno o de Atenção Básica/Saúde da Família. Nas consultas fazemos atendimento programado dos idosos, realizamos atendimento aos problemas agudos ou de idosos fora área que precisara atenção, não temos demanda de excesso das doenças agudas, o registro é realizado em prontuário individual. Teremos que capacitar os ACS para a captação dos idosos, fazendo um melhor trabalho com os agentes comunitários para aumentar a capacitação destes, devemos insistir em que a atenção de qualidade chegue a cada um deles. Protocolo sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2013.

Com relação ao serviço de **saúde bucal** temos a dificuldade de não ter odontologista em nossa UBS, mas nos profissionais, avaliamos as necessidades de atendimento odontológico nas consultas e visitas domiciliares e os usuários com prioridade de atendimento são encaminhados às UBS com especialista em parceria com os gestores municipais.

Finalmente apesar das dificuldades que ainda apresenta nossa UBS os profissionais de nossas equipes fazem todo o esforço para acompanhar com a melhor qualidade a saúde dos integrantes de cada família em nossa população de abrangência e com certeza que o futuro vai ser cada vez melhor para todos.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao realizar a leitura do texto inicial "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço" e comparar com a escrita do relatório acima, percebi que após a realização da Unidade 1 – Análise Estratégica da Especialização em Saúde da Família, posso interpretar e perceber que apesar de que ainda faltam muitos problemas e dificuldades como as condições estruturais da unidade. Ainda ficamos muito insatisfeitos por ter muitos profissionais trabalhando em pouco espaço. Também temos déficit de alguns profissionais para um melhor atendimento como odontologista, educador físico ou pediatra ou a ausência de alguns protocolos das ações programáticas. Avançamos nestes seis meses de trabalho e que o principal objetivo que a população fique satisfeita e protegida por todas nossas ações.

Com todo o detalhamento feito acho que muito devemos fazer ainda para adequar todos os programas a nossa UBS com relação aos protocolos do Ministério de Saúde.

Podemos acreditar que comparativamente muitos aspectos mudaram em nossa unidade desde a semana de ambientação até nosso relatório, desde o ponto de vista da organização do trabalho posso refletir que a equipe esta mais unida e integrada, todo o pessoal participa nas atividades ativamente, temos um maior planejamento na marcação das consultas e estipulamos dias específicos de consultas para o pré- natal, puericultura, hipertensão-diabetes e idosos. Achamos que os usuários tem mais informação ao chegarem ao UBS e os grupos prioritários recebem melhor atendimentos e orientações, realizamos um maior numero de cadastros dos usuários com doenças crônicas ma ainda faltam cadastrar uma determinada população, sendo necessário trabalho mais dedicado dos agentes comunitários de saúde. Ao final o objetivo principal destas mudanças será a melhoria da qualidade de vida dos usuários com um melhor atendimento.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento das doenças cardiovasculares; elas constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, são responsáveis por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronária. Em combinação com o diabetes representa 62.1% do diagnóstico primário de pessoas submetidas à diálise (BRASIL, 2006). A UBS de Pacoval é uma unidade mista, tem uma localização na área urbana no norte da cidade de Macapá no estado Amapá; conta com recepção, sala de vacinação, farmácia, duas consultas de atendimento, sala de curativas, sala de ultrassom e direção. Está integrado por três equipes de saúde da família que contam com um médico geral, uma enfermeira, duas técnicas enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde em cada ESF, contamos ainda com os profissionais do NASF.

Com uma área adstrita para três Estratégias de Saúde da Família são estimados 12.600 habitantes. Temos 3.800 famílias já cadastradas, mas existe uma área sem cobertura e avaliamos que há população acima dos parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde para cada equipe, somos três. As consultas são qualificadas e

programadas, realizamos palestras e grupos para a população alvo, embora ainda muitos usuários não tenham percepção do risco e não aderem ao tratamento. As três equipes da UBS irão aderir à intervenção.

A população de usuários com hipertensão e diabetes da nossa área de abrangência tem correspondência com a estimativa de 1916 e 473 respectivamente, mas a prevalência não corresponde com os valores do país, ficando baixa. As consultas em nossa unidade são realizadas por agendamento no posto e no domicílio, a maioria dos usuários fazem o tratamento com medicamentos da farmácia do posto, embora uma pequena porcentagem faça atendimento em consultas privadas, o tratamento farmacológico é indicado segundo os protocolos, mas temos dificuldades com a avaliação de esses usuários porque não tem cobertura de laboratório clínico e algumas especialidades para avaliar riscos importantes como o cardiovascular.

Ao optarmos por esta ação programática para a intervenção, a mesma irá permitir a organização do serviço, aumentando a capacitação da equipe, a captação e o cadastramento dos usuários. Ainda temos dificuldades com os protocolos, com os registros, com a avaliação do risco cardiovascular, renal e neurológico por falta de especialistas, falta de capacitação dos agentes, adesão de um número de usuários ao tratamento. Nossa equipe já está envolvida atualmente fazendo ações de promoção e prevenção, entre outras atividades. Acredito que vai melhorar na qualidade de vida de nossos usuários ao final de nossa intervenção.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhoria da Atenção aos usuários com HAS e/ou DM da UBS /ESF do Pacoval de Macapá/AP.

2.2.2 Objetivos Específicos e Metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Usuários com HAS e /ou DM

Meta 1.1 Cadastrar 50% dos Usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS

Meta 1.2 Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Usuários com HAS e/ou DM

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Usuários com HAS.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos Usuários com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta: 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Usuários com HAS cadastrados.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM cadastrados.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de Usuários com HAS e /ou DM ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

Objetivo 5: Mapear Usuários com HAS e/ou DM de risco para doenças cardiovascular

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde

Objetivo 6: Promover a saúde de Usuários com HAS e diabéticos

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Usuários com HAS.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos Usuários com HAS.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com DM.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos Usuários com HAS.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com DM.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos Usuários com HAS cadastrados.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM cadastrados.

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento das ações

Trata-se de um projeto de intervenção a ser realizado através de levantamento de dados e desenvolvimento de ações programáticas de assistência, promoção e prevenção à saúde dos usuários com HAS e DM da área de abrangência da UBS Pacoval, situado no município de Macapá.

Para levantamento dos dados e consolidação dos mesmos, será utilizado o banco de dados do SIAB, prontuários e registros específicos, relatos dos ACS, planilha de coleta de dados e ficha-espelho fornecidos pela coordenação do curso/Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Usuários com HAS e/ou diabéticos

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o número de Usuários com HAS e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Iremos recadastrar e avaliar todos os Usuários com HAS e/ou DM cadastrados na UBS.

Organização e gestão do Serviço

- Garantir o registro dos Usuários com HAS e diabéticos cadastrados no Programa.

Iremos atualizar o registro e os prontuários dos 100% dos usuários com HAS /ou DM atendidos na UBS.

- Melhorar o acolhimento para os usuários com HAS e/ou DM.

Iremos disponibilizar o pessoal e os materiais específicos para fazer o agendamento e acolhimento dos usuários com HAS e DM. Estabelecer como prioridade os usuários incluídos no programa tendo em conta que a maioria deles é pessoas idosas.

- Garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos) e realização do teste de glicose na UBS.

- Iremos verificar periodicamente o bom funcionamento dos esfigmomanômetros e glicômetro para garantir que os valores sejam certos para fazer o diagnóstico e avaliação.

Engajamento Público

- Informar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Iremos incrementar a informação à comunidade sobre o programa de atenção a usuários com HAS e DM por meio de palestras na UBS e dos ACS durante as visitas domiciliares.

- Informar à comunidade sobre a importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos anualmente.

Iremos incrementar a educação em saúde sobre a importância do diagnóstico precoce de HAS na população maior de 18 anos. Vamos aumentar a busca ativa de Usuários com HAS na população maior de 18 anos.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Iremos oferecer informação à comunidade da relação que existe entre o DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Essa informação será oferecida através das visitas à comunidade e nas consultas. Vamos verificar a dosagem de glicose em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

- Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Iremos aumentar as atividades de promoção de saúde (rodas de conversa, palestras, atividades comunitárias) para informar mais a população sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Vamos estimular a prática de exercícios físicos,

alimentação saudável e outras medidas de prevenção de riscos, oferecendo atendimento multiprofissional e envolvendo a comunidade na eliminação dos riscos.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de Usuários com HAS e/ou diabéticos de toda área de abrangência da UBS.

Faremos cursos de capacitação para os ACS sobre correto cadastramento das doenças crônicas. Discutiremos e avaliaremos de maneira permanente em todas as reuniões das equipes a qualidade do cadastramento das doenças crônicas. Vamos facilitar o acesso aos cursos de capacitação dos ACS. Capacitaremos os ACS sobre os sinais e sintomas da HAS e DM.

- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da UBS para realização do teste de glicose em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Iremos fazer um cronograma de capacitação sobre como medir corretamente a pressão arterial (PA) e realização do Hemoglicoteste (HGT). Vamos verificar nas visitas os conhecimentos dos profissionais da equipe através de atividades práticas na comunidade na verificação da medida da pressão arterial e realização do teste de glicose.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Usuários com HAS e ou/ UBS

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos Usuários com HAS e diabéticos cadastrados.

Iremos verificar nos prontuários a qualidade do exame clínico dos usuários com doenças crônicas. Vamos supervisionar e assegurar que todos os usuários tenham consulta em dia e com exame clínico adequado.

- Monitorar o número de Usuários com HAS e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na UBS. Monitorar os mesmos de acordo com a periodicidade recomendada.

Iremos realizar os exames de laboratório com periodicidade requerida a 100% usuários do programa atendidos em consulta. Organizar junto ao gestor da UBS a incorporação de outras UBS para realização de exames laboratoriais.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Iremos monitorar o cadastro dos usuários no programa e a disponibilidade de medicamentos da farmácia popular e acessibilidade para os Usuários com HAS e/ou diabéticos cadastrados na UBS.

Organização e Gestão do Serviço.

- Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de Usuários com HAS e/ou diabéticos.

Iremos redefinir as atribuições dos profissionais de cada membro da equipe no exame clínico de Usuários com HAS e/ou diabéticos segundo sua qualificação e nível de preparação. Faremos as consultas de atendimento clínico com qualidade aos 100% dos Usuários com HAS e/ou diabéticos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pelo nosso UBS.
- Dispor da versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Iremos estabelecer um cronograma de capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS. Vamos postar nas salas de atendimento o protocolo adotado pela UBS para adequado atendimento de Usuários com HAS e/ou diabéticos.

Vamos imprimir e entregar a todos os profissionais a versão atualizada do protocolo na UBS para que exista o melhor conhecimento e uniformidade de atendimento de todos os profissionais.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares.

Iremos garantir que todos os profissionais que fazem atendimento dos Usuários com HAS e/ou DM façam a solicitação dos exames complementares com a periodicidade estabelecida. Vamos estabelecer parceria com outras instituições de saúde para fazer os exames laboratoriais.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos Usuários com HAS e/ou diabéticos cadastrados no posto de saúde.

Iremos realizar uma contagem dos medicamentos disponibilizados no estoque e revisando a data de validade destes medicamentos na farmácia. Vamos atualizar mensalmente o cadastro destes usuários incluindo os diagnosticados recentemente.

Engajamento Público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Iremos priorizar a educação em saúde (palestras, rodas de conversa, grupos de educação em saúde) com o objetivo de orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares, neurológicas e renais em relação com a Hipertensão e Diabetes. Vamos formar grupos específicos de Usuários com HAS e/ou diabéticos para ensinar- los como prevenir as complicações destas doenças.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os usuários e a comunidade com relação à periodicidade da realização dos exames complementares.

Iremos explicar em cada consulta e visitas à comunidade a importância da realização dos exames com a periodicidade requerida explicando qual é o objetivo que previne e faz a detecção precoce das complicações em órgãos vitais.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Iremos orientar e explicar aos usuários que tem acessibilidade e disponibilidade na farmácia dos medicamentos necessários para o controle da sua doença.

Qualificação da Prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Iremos fazer um cronograma de capacitação sobre a realização de exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares segundo protocolo adotado. Vamos nos manter atualizados no tratamento da hipertensão através de revisões bibliográficas e participando nas atualizações feitas pelo Ministério de Saúde.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Capacitaremos e atualizaremos a todos os profissionais integrantes da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia nas reuniões semanais.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de Usuários com HAS e/ou ao programa

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

Iremos fazer revisão mensal às fichas espelho para identificar os usuários faltosos e garantir à assistência as consultas previstas no protocolo.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar visitas domiciliares para encontrar os faltosos.
- Organizar a agenda para acolher os Usuários com HAS e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Todos os ACS vão visitar os faltosos do seu micro área explicando a importância da consulta de acompanhamento e realizando o agendamento prévio com a coordenação e ou equipe.

Iremos disponibilizar diariamente capacidade na agenda das consultas no posto e no domicílio com um adequado acolhimento para os usuários do programa captados nas visitas domiciliares.

Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir à comunidade sobre estratégias para não ocorrer à evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos.

- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Iremos fazer reuniões com a comunidade para informar a importância da realização das consultas assim como escutar a comunidade sobre estratégias para não ocorrer à evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos. Vamos explicar em cada consulta ao usuário e à comunidade nos diferentes espaços comunitários sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da Prática clínica

- Treinar os ACS para orientação de Usuários com HAS e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Treinaremos cotidianamente aos ACS durante as visitas para dar orientações aos usuários sobre a importância das consultas com periodicidade adequada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de Usuários com HAS e/ou diabéticos acompanhados na UBS.

Supervisaremos e avaliaremos mensalmente os registros dos Usuários com HAS e/ou diabéticos acompanhados na UBS.

Organização e Gestão do Serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir o responsável pelo monitoramento registros.

Iremos manter o sistema de informações do SIAB atualizadas entregando os dados no tempo requerido. Implantaremos a planilha/registro específico e faremos análises estatísticas na UBS para identificar as debilidades e corrigir os erros na informação. Vamos definir um profissional para fazer o monitoramento dos registros.

Engajamento Público

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Iremos orientar a cada pessoa nas consultas e a comunidade através de palestras sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde se precisar em alguma ocasião.

Qualificação da Prática clínica

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos Usuários com HAS e/ou diabéticos.
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Iremos realizar oficinas para capacitar a equipe no correto preenchimento dos registros para acompanhamento destas doenças crônicas. Vamos preparar oficinas para todos os integrantes da equipe com relação ao registro adequado dos procedimentos clínicos nas consultas de acompanhamento.

Objetivo 5: Mapear Usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de Usuários com HAS e/ou DM com realização pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Faremos nas reuniões da equipe o monitoramento da estratificação de risco dos usuários HAS e/ou DM verificação nas visitas domiciliares.

Organização e Gestão do Serviço

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Iremos estabelecer prioridade para fazer o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco realizando consultas domiciliares aos usuários faltosos a consultas.

Engajamento público

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Em cada VD e em cada consulta vamos orientar e explicar o nível de risco e à importância do acompanhamento regular para identificar e evitar as possíveis complicações.

- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Faremos palestras para orientar à comunidade quanto à importância do controle de fatores de risco como a alimentação saudável, a prática de exercícios. Vamos esclarecer individualmente a cada usuário nas consultas a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Iremos fazer um cronograma de capacitação para aumentar o conhecimento adequado referente à estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e em quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de

Monitoramento e Avaliação Usuários com HAS e/ou DM

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos Usuários com HAS e/ou DM com o dentista.

Iremos revisar os prontuários dos Usuários com HAS e/ou DM atendidos na UBS para verificar a realização das consultas periódicas anuais com o dentista nas visitas domiciliares e consultas de rotina da UBS.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos Usuários com HAS e/ou DM.

Iremos fazer avaliação dos Usuários com HAS e/ou DM com a nutricionista para a realização de orientações nutricionais individuais e/ou coletivas.

. Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos Usuários com HAS e/ou DM.

Iremos estimular a realização de exercícios físicos regularmente e vamos monitorar o desenvolvimento da atividade. Realizaremos clubes de Usuários com HAS e/ou DM para a correta realização de atividade física.

- Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos Usuários com HAS e/ou DM.

Iremos fazer propaganda antitabagismo aos Usuários com HAS e/ou DM. Vamos falar sobre os principais riscos do tabagismo para a saúde humana em todos os espaços comunitários.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários

Iremos coordenar o atendimento odontológico dos Usuários com HAS e/ou DM em outra UBS que prestem este serviço. Vamos solicitar ao gestor da unidade a presença do odontólogo na equipe. Vamos determinar as prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor para fazer parcerias institucionais e envolver nutricionistas nesta atividade.

Iremos fazer oficinas sobre a importância de uma alimentação saudável. Vamos demandar junto ao gestor da UBS a presença do nutricionista para a avaliação dos Usuários com HAS e/ou DM.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Organizaremos oficinas com os Usuários com HAS e/ou DM para dar orientação sobre a importância do exercício físico para a saúde.

- Demandar junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Iremos solicitar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo para diminuir a incidência deste hábito.

Engajamento Público

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Faremos contato com os líderes da comunidade com o objetivo de obter parceria com todas as instituições comunitárias para aumentar as atividades de educação em saúde. Mobilizaremos a comunidade junto aos gestores municipais para garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

- Orientar os usuários com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar os usuários com HAS e/ou DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os usuários com HAS e/ou DM tabagistas sobre a existência do tratamento para abandonar o tabagismo.

Iremos orientar aos usuários com HAS e/ou DM e seus familiares em relação às atividades que possam promover uma boa alimentação, a prática de exercícios físicos e o abandono do hábito de fumar tanto nas consultas na UBS como nas VD.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético.
- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da UBS para o tratamento de usuários tabagistas.

Iremos fazer cronograma de capacitação e oficinas para toda a equipe em relação à avaliação e tratamento bucal do usuário com HAS e/ou DM, a práticas de alimentação saudável, a metodologias de educação em saúde, a promoção da adesão ao tratamento de usuários fumantes.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1:

Meta 1.1 Cadastrar 50% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na UBS

Numerador: Número de usuários com HAS residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Denominador: Número total de usuários com HAS residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 50 % dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na UBS.

Numerador: Número de usuários com DM residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Denominador: Número total de usuários com DM residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2:

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 2.1 Proporções de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com HAS cadastrados no programa com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM cadastrados

Indicador 2.2 Proporções de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com DM cadastrados no programa com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na UBS.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos usuários com HAS cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3 Proporções de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com HAS cadastrados no programa com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos usuários com DM cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4 Proporções de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com DM cadastrados no programa com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na UBS.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

Indicador 2.5 Proporções de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de usuários com HAS cadastrados no programa com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

Indicador 2.6 Proporções de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de usuários com DM cadastrados no programa com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 2.7 Proporções de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários no programa com hipertensão e com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com HAS inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM cadastrados.

Indicador 2.8 Proporções de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com DM inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

Objetivo 3:

Meta 3.1 Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporções de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS faltosos às consultas.

Meta 3.2 Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporções de usuários com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de usuários com DM do programa faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na UBS faltosos às consultas.

Objetivo 4:

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

Indicador 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

Numerador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

Indicador 4.2. Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na UBS

Objetivo 5:

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

Indicador 5.1 Proporções de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

Indicador 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

Numerador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na UBS.

Objetivo 6:

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% usuários com HAS cadastrados.

Indicador 6.1 Proporções de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM cadastrados.

Indicador 6.2. Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 6.3. Proporção usuários com HAS com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com DM cadastrados.

Indicador 6.4 Proporções de usuários com DM com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 6.5 Proporções de usuários com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com DM cadastrados.

Indicador 6.6 Proporções de usuários com DM com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 6.7 Proporções de usuários com HAS com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM cadastrados.

Indicador 6.8 Proporções de usuários com DM com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de HAS e/ou DM vamos adotar o caderno de atenção básica do Ministério da Saúde; Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica, Brasília 2013. Utilizaremos os prontuários e a ficha de cadastro de pessoas com doenças crônicas (Anexo B – Ficha Espelho), disponibilizada pelo curso. A ficha não prevê a coleta de informações sobre realização de exames para avaliação periódica nem estratificação do risco cardiovascular. Para poder coletar todos os dados necessários ao monitoramento da intervenção o enfermeiro, o médico e os técnicos de enfermagem vão elaborar uma ficha complementar (Apêndice A). Estimamos alcançar com a intervenção 50% dos usuários com HAS e/ou DM da área de abrangência da UBS.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira e os técnicos revisarão as fichas de cadastros e os prontuários de usuários com HAS e/ou DM atendidos na UBS. Os profissionais transcreverão todas as informações dos prontuários e as fichas de cadastro para ficha espelho (Anexo B). Realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre exames clínicos e laboratoriais em atraso e da estratificação do risco cardiovascular.

Análise situacional e a definição do foco da intervenção foram informadas, analisados e discutidos com a equipe. A intervenção começará com a capacitação da equipe sobre a estratégia do cuidado das pessoas com doenças crônicas para que seja utilizada esta referência na atenção aos usuários com HAS e/ou DM. A capacitação será feita na UBS, o mesmo dia da reunião será disponibilizado um tempo para esta atividade. A enfermeira e o médico explicarão os aspectos da estratégia e orientarão a realização de tarefas individuais para avaliação dos conhecimentos adquiridos.

O acolhimento dos usuários com HAS e/ou DM que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem, o atendimento deles será em todos os turnos, os usuários descompensados com agravos serão atendidos no momento que chegue à UBS para evitar complicações, terão prioridade no agendamento e ao sair da consulta ficará com sua próxima agendada.

A comunidade deve ser sensibilizada com atenção da população com doenças crônicas, para isto faremos contato com os representantes da comunidade e com a associação de moradores, na escola localizada na área de abrangência onde apresentaremos o projeto explicando a importância das consultas, da realização de exames e da eliminação dos fatores de risco para hipertensão e diabetes. Pediremos apoio da comunidade para incentivar a realização de atividades de educação para a saúde, promovendo estilos de vida saudável e a necessidade de atendimento destes usuários com doenças crônicas. Serão realizadas na mesma comunidade, igrejas, escolas, sempre que o local tenha as condições adequadas.

A cada semana a enfermeira vai revisar a ficha espelho dos usuários com HAS e/ou DM para identificar quais tem atrasos nas consultas, nos exames clínicos e laboratoriais e que não tenham estratificação de risco cardiovascular. Os agentes comunitários de saúde e os técnicos de enfermagem farão busca ativa dos faltosos e farão o agendamento deles no mesmo momento.

2.3.4 Cronograma da Intervenção

	SEMANAS															
ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Realizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos																
Implantar planilha /registro específico de acompanhamento																
Monitorar a intervenção																
Garantir o registro dos HAS e DM																
Melhorar o acolhimento dos usuários																
Garantir o material adequado para PA e HGT																
Informar e orientar à comunidade																
Realizar controle de medicamentos																
Organizar a busca de faltosos.																
Manter as informações do SIAB atualizadas																
•Priorizar o atendimento como de alto risco.																
•Organizar a agenda saúde bucal																
Organizar práticas coletivas																
Buscar parcerias na comunidade,																
Definir as atribuições de cada profissional																

Figura 2: Quadro Cronograma da Intervenção

3 Relatório de Intervenção

Realizamos a intervenção durante 16 semanas, do mês de agosto a dezembro de 2014, na UBS/ESF Posto de Saúde do Pacoval em Macapá/AP. A mesma foi realizada pelas três equipes de saúde da UBS.

Temos equipe do NASF na UBS e não temos atendimento odontológico. Nossa população adstrita é de 12.600 habitantes, sendo estimados 1.916 usuários com HAS e 473 diabéticos. Durante todo este tempo a maioria das metas e ações foram realizadas e cumpridas segundo o cronograma previsto.

A seguir irei descrever as ações realizadas de acordo com o eixo pedagógico.

3.1 Ações previstas no Projeto que foram desenvolvidas.

Monitoramento e Avaliação

Durante o período da nossa intervenção intensificamos o monitoramento e avaliação, as ações planejadas e promover a melhoria do serviço com os usuários com HAS e/ou DM, no início do trabalho só foi possível fazer em nossa equipe, mas depois houve a incorporação das outras equipes/profissionais de toda a UBS com a ajuda das enfermeiras das equipes.

Na primeira semana da intervenção discutimos em equipe como garantir o registro dos usuários com HAS e/ou DM e como melhorar o acolhimento dos mesmos no posto. Orientamos aos agentes comunitários de saúde sobre o cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM. Motivamos os ACS para aumentar a captação e cadastramento dos usuários.

Recebemos a listagem de alguns agentes de saúde dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados. Insistimos na importância da captação e cadastramento.

Já na quarta semana realizamos algumas mudanças em nossa UBS no acolhimento e no atendimento dos usuários com HAS e/ou DM, melhorando a qualidade das consultas, com exame clínico e exames complementares adequados, as orientações sobre alimentação saudável, a prática de atividade física regular, a saúde bucal e os riscos do tabagismo.

Sempre realizamos o monitoramento na reunião semanal com os integrantes de nossa equipe e alguns profissionais das outras equipes que foram incorporando-se. Acreditamos que o acolhimento e atendimento nas consultas com os usuários aumentaram em qualidade desde o começo deste trabalho.

Organização e gestão do serviço

Na primeira semana começamos com a reunião da nossa equipe onde apresentamos o projeto, explicamos os objetivos e metas que queremos alcançar ao término da intervenção, falamos sobre as ações que vamos realizar em cada semana. Definimos as atribuições de cada membro da equipe, explicamos como deve se preencher a ficha espelho. Ao mesmo tempo muitos deles ficaram com dúvidas como a de providenciar as fichas espelho, por não haver recursos financeiros para impressão, na unidade nem a secretaria de saúde. Também informamos o projeto à gestora da UBS, ela falou que o projeto era muito importante para usuários portadores e para os profissionais do posto, também entreguei uma cópia do projeto de intervenção para nosso enfermeiro da equipe para ele interagir sobre a intervenção e trabalhar junto às equipes, levando com mais força o trabalho. Imprimimos 50 fichas espelho com a ajuda de alguns amigos porque até esse momento os gestores da unidade e municipal não forneceram os impressos para a mesma.

O acolhimento e atendimento melhoraram consideravelmente, foi organizado registro dos portadores. Nossos usuários foram encaminhados após definição da gestão para fazerem os exames complementares segundo o protocolo de HAS e DM às UBS Leopoldo Silva e Marcelo Canda além do Hospital Geral.

Falamos sobre a necessidade de procurar as melhores estratégias para o êxito do projeto. Nesta reunião estiveram presentes profissionais das outras equipes da UBS, fiquei preocupado porque a maioria deles está fazendo resistência para apoiar nosso trabalho, apesar de que, em muitas ocasiões, explicamos da importância, o enfermeiro da nossa equipe relatou que há trabalho e atividades da rotina, sendo difícil apoiar neste projeto.

Continuamos preocupados porque não imprimimos o protocolo atualizado de Hipertensão e Diabetes, continuamos reivindicando com os gestores a aquisição de um glicômetro para nossas três equipes, porque já os esfigmomanômetros estão assegurados e com boa qualidade. Nas últimas semanas, após o recebimento do glicômetro, realizamos os testes, pois anteriormente não tínhamos o aparelho.

Apesar da gestão da UBS não ter participado efetivamente da intervenção, procuramos inserirmos em todos os espaços e instalações da UBS e da comunidade para fazer as atividades realizadas (consultas, educação em saúde e demais atendimentos).

Apesar de ainda muitos profissionais não incorporarem a intervenção. Outros, pouco a pouco, foram compreendendo a importância deste trabalho. Fizemos uma reunião com outra equipe da UBS onde apresentamos nosso projeto, seus objetivos, metas e ações, nesta reunião concordaram com a importância da mesma para melhorar o atendimento e capacitar os profissionais, conseqüente haverá a melhoria na qualidade de vida.

Avaliamos os usuários com HAS e/ou DM, fazendo classificação dos usuários com maior risco.

Com ajuda de amigos realizamos a impressão de mais fichas espelho, permitindo avançar em nosso trabalho, também um agente de saúde nos ofereceu sua ajuda para imprimir o protocolo atualizado de Hipertensão e Diabetes para que todos os profissionais tenham acesso ao mesmo.

Ficamos estimulados porque avançamos com ações que ficavam pendentes, realizamos consultas aos usuários com HAS e/ou DM faltosos às consultas onde verificamos o registro adequadamente dos usuários, indicamos exames segundo o protocolo, realizamos o exame clínico com qualidade e avaliamos a estratificação do risco cardiovascular, orientamos para alimentação saudável, atividade física e dos riscos do tabagismo. Além disso, verificamos a adesão ao seu tratamento e o fornecimento dos remédios da Farmácia Popular.

Já é perceptível a ação dos colegas das outras equipes aderindo a nossa intervenção, assistindo nesta semana à reunião, colaborando com os prontuários dos usuários, cadastrando eles na comunidade e fazendo promoção de intervenção. Melhorou a qualidade dos registros dos usuários com HAS e/ou DM e diminuiu os usuários faltosos às consultas, conseguimos recuperar com ajuda dos ACS muito dos usuários faltosos.

Engajamento Público

Promovemos as orientações gerais sobre hipertensão arterial e diabetes, seus cuidados, tanto nas consultas como nas visitas domiciliares, com maior qualidade à

população, também com ajuda dos ACS e os técnicos de enfermagem realizamos a busca ativa de grande numero dos portadores faltosos.

Entre outras atividades desenvolvidas foram realizadas ações de saúde na comunidade pelas três equipes, foram em torno de 48 palestras na UBS, nas salas de espera e nas visitas domiciliares, também foram organizados grupos de usuários com HAS e/ou DM nas diferentes áreas de abrangências, os usuários recebem informação com mais frequência perto de sua comunidade. Durante a intervenção, sempre recebemos o apoio do NASF, eles ajudavam-nos com as orientações sobre a importância das consultas, a prática dos exercícios físicos, como orientar uma alimentação saudável, como evitar o tabagismo e como fazer uma adequada higiene bucal, foram ampliados os segmentos no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus com ajuda e parceria de líderes da comunidade permitindo utilizar locais próprios. Investigamos mediante teste de glicose a presença de glicemias alteradas em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg, estimulamos as medidas de controle de prevenção de riscos promovendo atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde.

Procuramos as lideranças da comunidade para a divulgação do projeto, sem duvidas foi de grande ajuda para realizar as atividades de promoção de saúde desenvolvidas nas ações de saúde nas escolas, igrejas e casas dos usuários, com a ajuda deles logramos procurar os locais adequados para o bom funcionamento dos grupos de usuários com HAS e/ou DM na comunidade.

Realizamos as visitas domiciliares aos usuários com HAS e/ou DM avaliando se estão fazendo o tratamento, verificando sua pressão e a glicose, falando do projeto e seus benefícios para a comunidade, fazendo promoção de saúde estimulando a alimentação saudável e, a prática de exercícios físicos. Lembramos os usuários das consequências negativas do tabagismo e como eliminar sua adição, também da importância de acudir as consultas. A necessidade de avaliação odontológica, apesar de não termos este serviço na UBS, também transmitimos sobre o conhecimento dos fatores de risco que podem descontrolar seu agravo e os direitos para receber aos medicamentos na Farmácia Popular.

Foi realizada uma ação de saúde na Igreja Filadélfia do bairro de Pacoval de nossa área de abrangência, nesta atividade participaram a maioria dos profissionais da equipe (médico, enfermeiro, técnicas de enfermagem) além do pessoal do NASF.

Foi uma jornada muito proveitosa que nos permitiu falar sobre diferentes temas de saúde, verificar pressão arterial e glicemia a todas as pessoas maior de 20 anos, orientamos

usuários com HAS e/ou DM sobre os fatores de riscos e suas complicações, também foi acordado fazer-las com mais frequência, não só durante o projeto.

Os usuários ficaram satisfeitos com o atendimento nas consultas, também a avaliação da comunidade com a intervenção ficou muito positivo porque a mesma ficou muito mais informada sobre os diferentes temas em relação à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, sentem-se muito mais protegidos.

Demos cumprimento às atividades planejadas com nossa equipe e do NASF, a nutricionista falou sobre a alimentação saudável, a psiquiatra sobre os danos do tabagismo, da importância da adesão ao tratamento medicamentoso, adesão à consulta médica marcada. Também o fisioterapeuta falou das grandes vantagens que tem os exercícios físicos para a saúde e os convidou organizar primeiramente dois dias na semana para a prática de atividade física, diagnosticados usuários com HAS nesse dia, a dificuldade foi de não verificar a glicemia porque ainda não temos aparelho apesar da insistência de requerer o mesmo. Os demais profissionais apoiaram com o acolhimento e deram orientações higiênicas e nutricionais, finalmente a atividade foi um êxito e a população ficou com vontade de repetir com mais frequência.

Qualificação da Prática Clínica

As capacitações necessárias para os temas relacionados com a intervenção foram desenvolvidos com as equipes, as mesmas foram realizadas pelo médico e pela enfermeira, também participaram as técnicas de enfermagem e os agentes de saúde. Em algumas atividades estiveram presentes profissionais do NASF. Realizamos nosso objetivo de capacitar adequadamente aos profissionais da UBS de acordo com o protocolo do MS, relacionadas com a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Às temáticas que foram desenvolvidas podemos mencionar a correta verificação da pressão arterial, como fazer uma alimentação saudável, as principais medidas higiênicas que devem ter os usuários diabéticos, orientações sobre a importância da realização dos exercícios físicos e como evitar o tabagismo. Também a temática referente à estratificação de risco segundo o escore de Framingham, de lesões em órgãos alvo, das complicações destes agravos. Além disso, estimulamos nas equipes um conjunto de atividades práticas na comunidade para a verificação da pressão arterial e realização do teste de glicose.

Na segunda semana as dificuldades com o transporte afetaram nosso trabalho, de alguma maneira, mas começamos com a reunião da equipe onde treinamos aos agentes de saúde e técnicas de enfermagem com a técnica correta para verificar a pressão arterial.

No início da intervenção, nas primeiras semanas, a participação dos profissionais às reuniões foi dos colegas da minha equipe, mas à medida que foram passando as semanas houve a incorporando dos demais profissionais das equipes. No início resistiam à intervenção, depois da metade da intervenção as capacitações eram recebidas pela grande quantidade dos profissionais, permitindo incorporar progressivamente o programa de HAS e DM à rotina do serviço da UBS.

Treínamos aos ACS sobre os sinais e sintomas da HAS e DM e continuamos orientando-os sobre os usuários faltosos a consulta. Trabalhamos com os ACS para a organização dos grupos de usuários com HAS e/ou DM. Foi realizada capacitação sobre as principais medidas higiênicas para os diabéticos.

Realizamos algumas orientações aos técnicos enfermagem e ACS para que os registros sejam relatados com mais qualidade.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.

De maneira geral tivemos poucas dificuldades para desenvolver a grande maioria das ações, principalmente quando foram incorporando-se os profissionais. Uma das dificuldades permanente foi a pouca cooperação ou ajuda dos gestores, a nossa diretora da UBS relatava que não tinham recursos financeiros para apoiar a melhoria proposta. Também convidamos a gestores municipais para as atividades e ajuda, mas não recebemos resposta positiva até o final da intervenção. Outra dificuldade foi não poder avaliar os nossos usuários com o serviço de odontologia, pela falta deste profissional na UBS e pela pequena quantidade destes profissionais em nosso município. Procuramos os gestores para sugestões e propor soluções, mas não obtivemos resposta.

Dificuldade mais preocupante era a adesão dos profissionais de todas as equipes porque realmente tivemos muita resistência de muitos deles, do entendimento da importância da intervenção, mas pouco a pouco isso foi mudando e já muitas das atividades planejadas foram incorporadas à rotina de nossa unidade.

Outra dificuldade encontrada durante nossa intervenção foi à impressão das fichas espelho dos usuários, mas com ajuda de alguns profissionais foi realizada a impressão das mesmas em quantidade suficiente para desenvolvê-lo da intervenção, podendo preencher os dados e as informações necessárias.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados.

Sempre recebemos o apoio dos médicos e enfermeiros para o monitoramento das ações e consequentemente ter êxito ao final da intervenção, não tivemos dificuldade para o preenchimento das coletas de dados. Durante cada semana, os ACS e técnicos em enfermagem cooperaram muito para que em todas as semanas pudéssemos cadastrar a quantidade de usuários necessária e fazer o trabalho com a melhor qualidade possível, ao final do trabalho tivemos melhoria nos resultados propostos na maioria dos indicadores.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações.

Devemos reconhecer que ao iniciar o trabalho eram poucos os profissionais que reconheciam a importância desta intervenção, mas passando as semanas foram aderindo, motivando-se progressivamente até as últimas semanas permitindo incorporá-la a rotina da UBS.

Na UBS se respira um novo ambiente de trabalho, com uma nova organização, atendimento e acolhimento dos usuários, na qualidade das consultas em geral, na incorporação da intervenção por grande parte dos profissionais, continuamos realizando atualizações das equipes com temas relacionados com a intervenção, estimulando as reuniões. Nossos profissionais sentem-se estimulados com todas as atividades feitas e muitos deles comentam que há muito tempo queriam fazer mudanças, mas não tinham as ferramentas e ideias. Uma das ações mais importantes é que promovemos a incorporação das três equipes com nosso trabalho e a mesma fazendo parte da rotina da UBS.

Os usuários sentem-se informados sobre sua doença, do maior conhecimento dos fatores de risco e sentem-se estimulados para cumprir com seu tratamento, além do conhecimento de aquisição dos remédios pela farmácia popular, sabem da importância das consultas e assim evitando as complicações do agravo.

Continuamos monitorando os usuários cadastrados e mantemos informando da existência do projeto nas áreas que ainda não chegamos.

Fico satisfeito com os resultados de nosso trabalho durante estas 16 semanas, pelo esforço e luta, promovemos mudanças importantes tanto na UBS com a organização de nosso trabalho como na satisfação da população participando ativamente nas atividades. Estou feliz porque ajudamos colocar em prática os princípios do SUS e podemos melhorar a saúde da população pela qualidade do atendimento, já com esta experiência temos as condições para trabalhar em nossa unidade com a ação programática dos usuários idosos, muito relacionada com nossa intervenção.

A seguir fotos tiradas durante a intervenção:



Figura 3. Visita domiciliar a usuária com hipertensão



Figura 4. Ação de saúde com a técnica enfermagem, ACS e equipe do NASF.



Figura 5. Visita domiciliar a usuária com diabetes.



Figura 6. Verificando pressão no domicílio do usuário com hipertensão



Figura 7. Reunião da equipe de saúde na UBS.



Figura 8. Visita domiciliar com o enfermeiro ao usuário com HAS.



Figura 9. Na sala de consulta com as técnicas de enfermagem.



Figura 10. Reunião de uma das equipes da UBS.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria do programa e do cadastramento de 50% dos **usuários com HAS e/ou DM** com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS/ESF Posto de Saúde do Pacoval em Macapá/AP. Na área adstrita à UBS temos estimado 1.916 usuários com HAS e 473 usuários com DM de acordo com a planilha de coleta de dados fornecida pelo curso, em nossa intervenção foram avaliados 1.916 usuários com hipertensão e 473 com diabetes chegando ao final da intervenção com uma cobertura de 19,1% e 29%, sem poder alcançar os 50% planejados inicialmente, mas com o principal objetivo de melhorar e incorporar a intervenção à rotina do serviço da unidade.

Tivemos as ajudas dos ACS e técnicos em enfermagens para fazer o cadastramento dos **com HAS e/ou DM**, visitando aos usuários em suas casas tanto na marcação das consultas como convidando aos faltosos.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários com HAS e/ou DM.

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.

Ao começar nossa intervenção iniciamos cadastrando no primeiro mês 87 Usuários com HAS (4,5%) e 19 diabéticos (4,0%). No segundo mês 187 (9,8%) Usuários com HAS e 61 (12,9%) dos diabéticos estimados, no terceiro mês 262 (13,7%) e 101 (21,4%) respectivamente, conforme apresentado nas Figuras 11 e 12. No transcurso de nosso

trabalho continuamos captando os usuários, fazendo o cadastramento para finalizar no quarto mês da intervenção com 366 (19,1%) Usuários com HAS e 137 (29%) diabéticos, lembrando sempre que a cada mês tínhamos a adesão e comprometimento de mais profissionais da UBS.

Como não tínhamos cadastro atualizado e de todos os portadores, iniciamos a intervenção com a população estimada pelos cadernos de ações programáticas, organizando os registros. Houve a divulgação durante toda a intervenção na UBS, na comunidade. Realizamos a melhoria com qualidade o que gerou a maior captação dos usuários e a adesão dos profissionais.

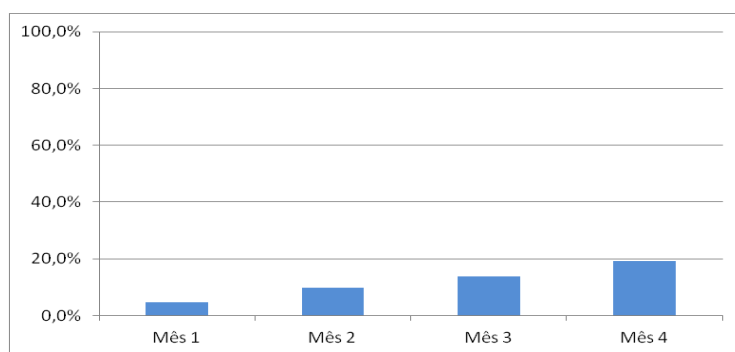


Figura 11. Cobertura de Usuários com HAS do programa de hipertensão e diabetes. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

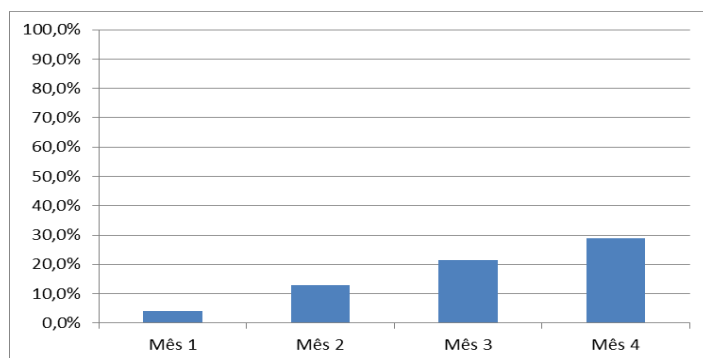


Figura 12. Cobertura de usuários com DMz do programa de hipertensão e diabetes. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Usuários com HAS e diabéticos cadastrados.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Usuários com HAS.

Indicador 2.1 Proporções de Usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês da intervenção a quantidade de usuários com HAS com exame clínico em dia foi de 61 (70,1%), no segundo mês 125 (66,8%), no terceiro 179 (68,3%) e ao finalizar 343 (93,7%), significando um aumento considerável no número de portadores com exame clínico ao dia de acordo com o protocolo ao terminar a intervenção sempre com a grande colaboração dos médicos nas consultas, conforme apresentado na figura 13.

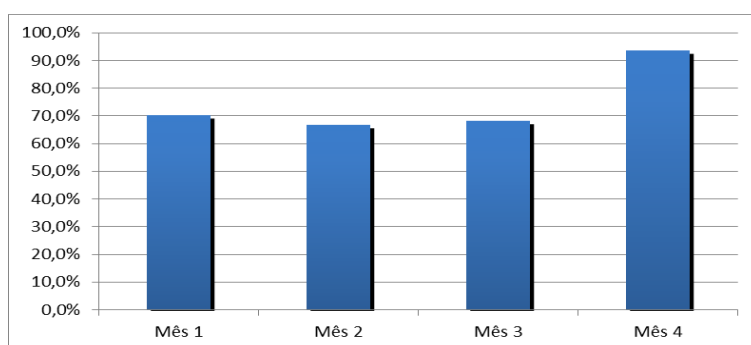


Figura 13. Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2 Proporções de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Quando começamos a intervenção no primeiro mês o número de diabéticos com exame clínico em dia 11 (57,9%), no segundo mês 35 (57,4%), no terceiro 65 (64,4%) e já ao terminar nosso trabalho o número aumentou significativamente 129 (94,2%), revelando o êxito da intervenção, conforme apresentado na figura 14, os médicos nas consultas foram os principais colaboradores nesta meta. Os médicos nas consultas foram os principais colaboradores.

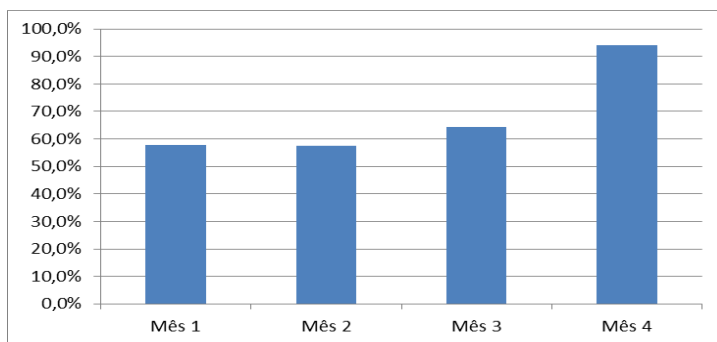


Figura 14. Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Após a reunião com as equipes orientando as dificuldades que ainda ficavam pendentes melhoramos a avaliação clínica no último mês, obtivemos um grande avanço, devido à capacidade de resposta dos profissionais.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos usuários com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporções de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ao começo da intervenção o número de usuários com HAS com exames complementares em dia no primeiro mês 47 (54%), no segundo mês 110 (58,8%), no terceiro mês 164 (62,6%) e já depois ao terminar no último mês 343 (93,7%) evidenciando-se um incremento importante na melhoria do atendimento dos portadores ao final da intervenção, sempre com a cooperação importante dos médicos e as enfermeiras e a parceria dos gestores, segundo pode-se observar na figura 15.

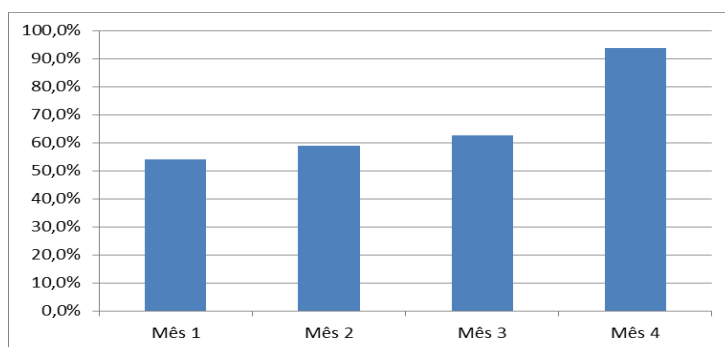


Figura 15. Proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporções de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo o protocolo.

Para este indicador no primeiro mês da intervenção 10 (52,6%), no segundo mês 34 (55,7%), já no terceiro mês foram melhorando os resultados 64 (63,4%) e ao finalizar a intervenção 129 (94,2%), conforme apresentado na figura 16, foi necessária a parceria com os gestores e ajuda dos médicos e as enfermeiras.

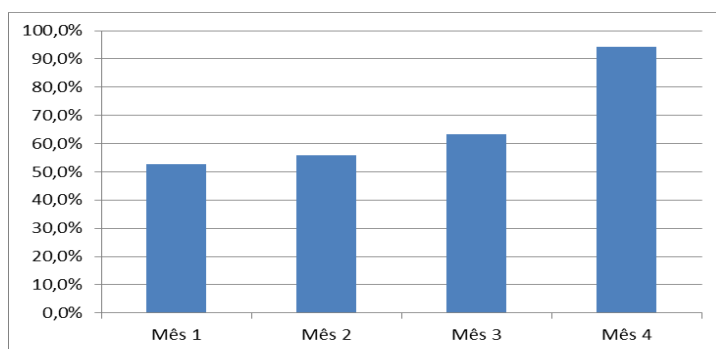


Figura 16. Proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo o protocolo. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Realizamos junto à gestão a definição dos exames para os usuários, serem sempre encaminhados para fazer-se no Hospital Geral e as UBS com cobertura para a realização dos exames.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

Indicador 2.5: Proporções de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Devemos referir que neste indicador a prescrição aos usuários com HAS de medicamentos da Farmácia Popular no primeiro mês 67 (77,9%), no segundo mês 137 (76,5%), no terceiro mês 181 (71,5%) e ao culminar a nossa intervenção 329 (97,1%), segundo pode-se observar na figura 17, foi precisada a colaboração dos médicos para conseguir a meta. Os outros usuários controlavam com a dieta, remédios da Farmácia de manipulação e alguns que se fazem atendimento com seu especialista no Hospital ou na clinica privada.

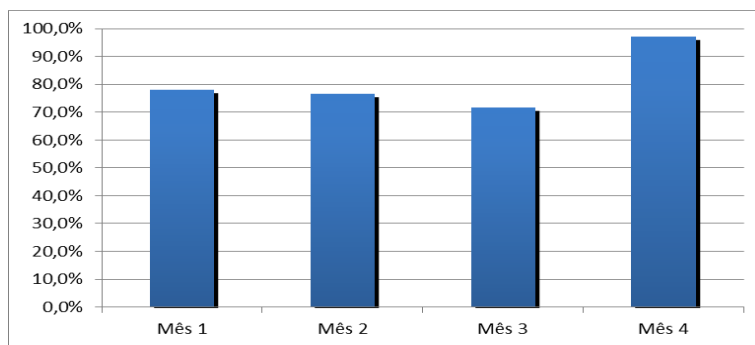


Figura 17. Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador 2.6: Proporções de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Em quanto este indicador no primeiro mês 15 (78,9%), no segundo mês 40 (69%), depois no terceiro 62 (63,9%) para finalizar a intervenção com 120 (92,3%), conforme apresentado na figura 18, sem dúvidas os profissionais médicos tiveram o grande trabalho para cumprir com a meta, alguns poucos usuários fazem controle com a dieta e outros controlam sua doença com os medicamentos indicados pelo Endocrinologista.

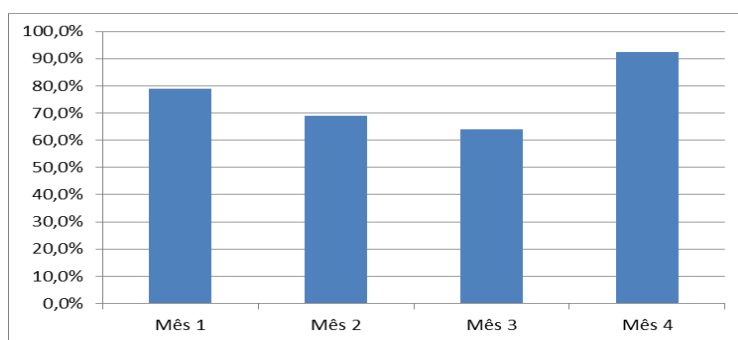


Figura 18. Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS cadastrados.

Indicador 2.7: Proporções de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Apesar de que a nossa UBS não tem odontologista, além disso, não tivemos ajuda dos gestores, mas foi feita a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no primeiro mês da intervenção começou com 28 (32,2%), no segundo 85 (45,5%), no terceiro melhoraram os resultados 171 (65,3%) e terminamos com 349 (95,4%), segundo pode-se observar na figura 19, com a colaboração da maioria dos profissionais foi quase cumprida a meta.

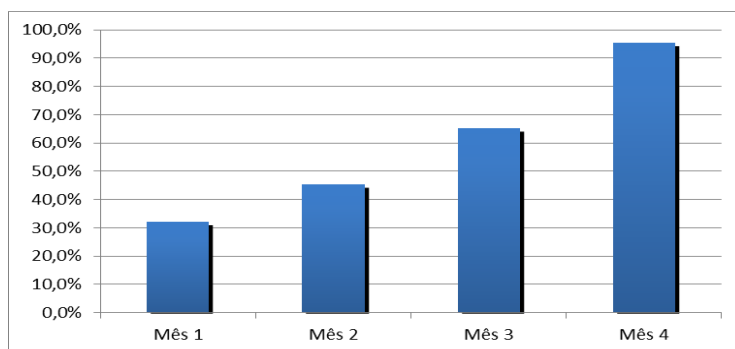


Figura 19. Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

Indicador 2.8: Proporções de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Embora tivemos muitas dificuldades com a atenção odontológica, a mesma foi realizada nas consultas e nas visitas domiciliares. A avaliação da necessidade de atendimento, no primeiro mês 5 (26,3%), no segundo mês 30 (49,2%), depois no terceiro mês 63 (62,4%) e ao finalizar a intervenção obtemos bons resultados ficando em 132 (96,4%), conforme apresentado na figura 20, foi necessário a colaboração da grande maioria dos profissionais das equipes.

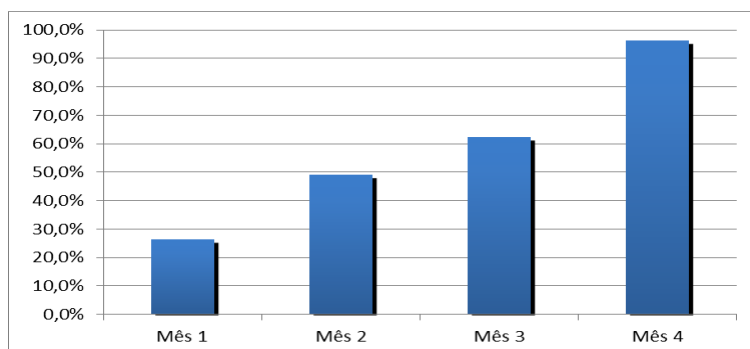


Figura 20. Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários com HAS e /ou DM ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporções de usuários com HAS faltosos às consultas com busca ativa.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporções de usuários diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Neste indicador com a grande ajuda e colaboração dos agentes de saúde e dos profissionais procuramos estimular a assistência às consultas dos usuários faltosos, ao início da intervenção no primeiro mês 26 usuários com HAS para (63.4%) e sete diabéticos para (63.6%), no segundo mês 60 usuários com HAS para (83.3%) e 22 diabéticos para 84.6%, já depois no terceiro mês 67 usuários com HAS para (73.3%) e 27 diabéticos para (84,4%), para terminar a intervenção só com 77(88,5%) e 30(85.7%) respectivamente, segundo pode-se observar nas figuras 21 e 22.

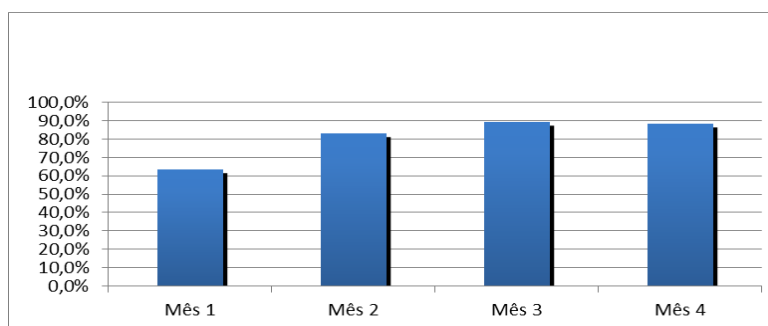


Figura 21. Proporção de usuários com HAS faltosos às consultas com busca ativa. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

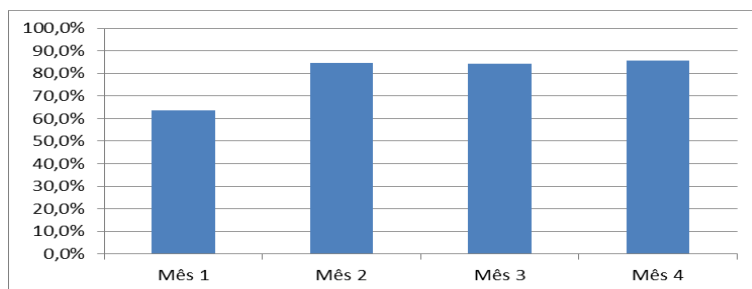


Figura 22. Proporção de usuários com DM faltosos às consultas com busca ativa. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações relacionado com o Programa de HAS e DM da UBS.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

Indicador 4.1: Proporções de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na UBS.

Indicador 4.2: Proporções de dos usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Com este indicador temos que referir que seu cumprimento não foi o esperado com o registro adequado de acompanhamento, ao começar a intervenção no primeiro mês 79 de usuários com HAS para 90.8% e 18 dos usuários com DM para 94.7%, no segundo mês 170 usuários com HAS para 90.9% e 56 dos usuários com DM para 91.8%, no terceiro mês 231 usuários com HAS para 88.2% e 83 (82,2%) dos usuários com DM. Ao finalizar a intervenção em seu ultimo mês 352 (96.2%) e 133 (97.1%) respectivamente, conforme apresentado nas figuras 23 e 24, vamos continuar trabalhando para chegar aos 100% dos registros com ajuda das enfermeiras e as auxiliares de enfermagens.

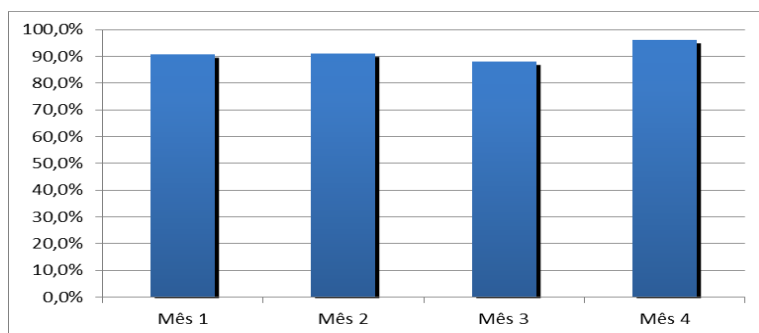


Figura 23. Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

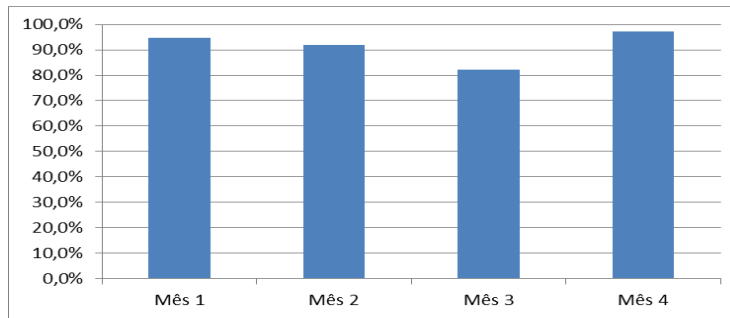


Figura 24. Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Objetivo 5: Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

Indicador 5.1: Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador 5.2: Proporção de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Em relação com este indicador no primeiro mês da intervenção foram estratificados 61 usuários com HAS (70,1%) e 12 diabéticos (63,2%), no segundo mês 129 usuários com HAS (69,0%), no terceiro mês 188 usuários com HAS (71,8%) e 66 diabéticos (65,3%), já transcurso ao concluir a intervenção 351 (95,9%) e 132 (96,4%) respectivamente, segundo pode-se observar nas figuras 25 e 26. Os portadores com risco cardiovascular importante foram encaminhados para o cardiologista e são avaliados em consulta com maior periodicidade, com a grande ajuda das enfermeiras das equipes a estratificação foi com maior qualidade.

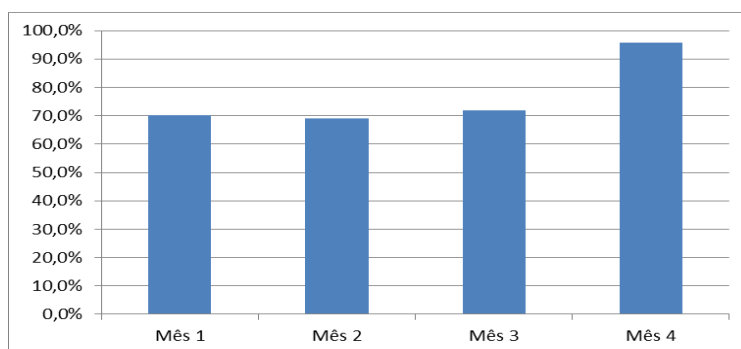


Figura 25. Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

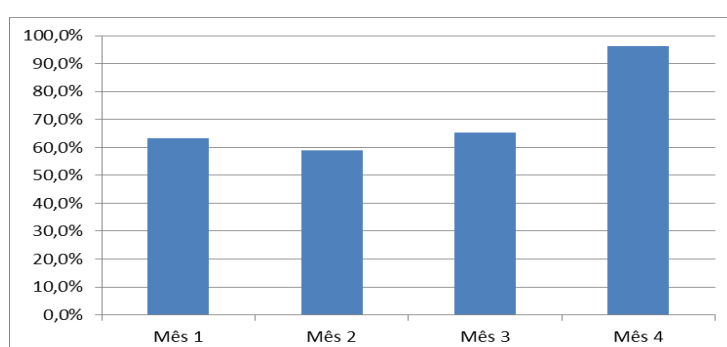


Figura 26. Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.1: Proporções de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporções de usuários diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Este indicador praticamente foi cumprido segundo mostram o gráfico, se observando que no primeiro mês receberam orientações sobre alimentação saudável 86 usuários com HAS (98,9%) e 19 usuários com DM (100%), no segundo mês 184 usuários com HAS (98,4%) e 61 usuários com DM (100%), no terceiro mês 259 (98,9%) e 101 usuários com DM (100%), já terminando a intervenção em seu quarto mês foram 363 (99,2%) e 137(100%)

respectivamente, conforme apresentado nas figuras 27, foi relevante a ajuda da nutricionista da equipe do NASF para conseguir bons resultados.

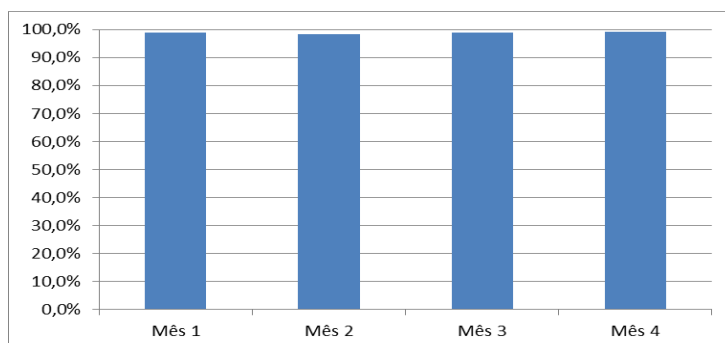


Figura 27. Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Pacoval/Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.3 Proporções de usuários com HAS com orientação sobre a prática física regular.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabéticos.

Indicador 6.4: Proporções de portadores diabéticos com orientação sobre a prática física regular.

A proporção de usuários com HAS e/ou DM que receberam orientações sobre a prática da atividade física foi muito similar, no primeiro mês 86 usuários com HAS (98,9%) e 18 usuários com DM (94,7%), no segundo mês 186 usuários com HAS (99,5%) e 60 usuários com DM (98,4%), no terceiro mês 257 usuários com HAS (98,1%) e 97 usuários com DM (96%) e já terminando nossa intervenção com 365 (99,7%) e 136 (99,3%) respectivamente, segundo pode-se observar nas figuras 28 e 29, sempre com o apoio do educador físico e dos profissionais da UBS.

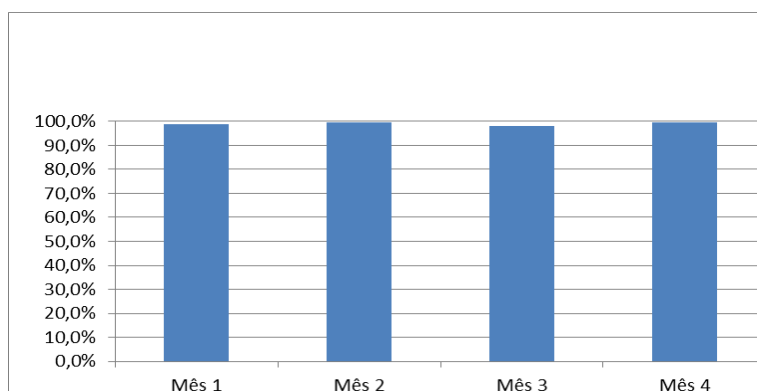


Figura 28. Proporção de usuários com HAS com orientação sobre a prática de atividade física regular. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

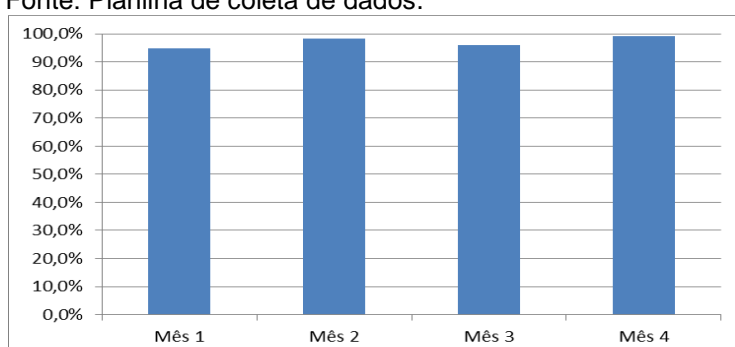


Figura 29. Proporção de usuários com DM com orientação sobre a prática de atividade física regular. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.5: Proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com DM.

Indicador 6.6: Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Neste indicador, temos que observar que no primeiro mês receberam orientação sobre riscos do tabagismo 87 usuários com HAS (100%) e 19 usuários com DM (100%), no segundo mês 183 usuários com HAS (97,9%) e 61 usuários com DM para (100%), já no terceiro mês foram 253 usuários com HAS (96,6%) e 98 usuários com DM (97%) e já terminando a intervenção foi cumprido o indicador com 366 (100%) e 137 (100%) respectivamente, conforme apresentado nas figuras 30 e 31. Com a ajuda da psicologista conseguimos que um número pequeno dos portadores, deixassem de fumar, mas

continuamos promovendo na comunidade o efeito negativo deste habito para a saúde.

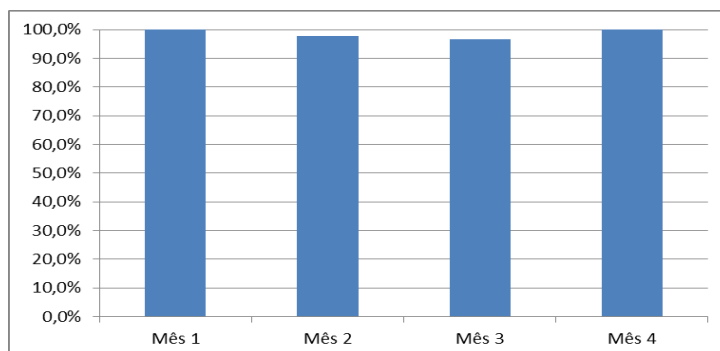


Figura 30. Proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

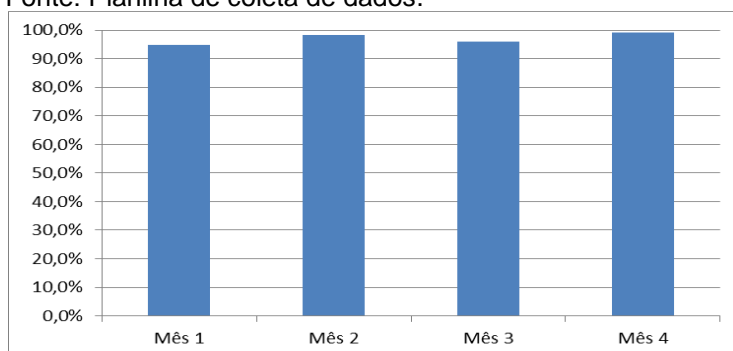


Figura 31. Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão cadastrados.

Indicador 6.7: Proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM cadastrados.

Indicador 6.8: Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal.

Neste indicador podemos observar que ao inicio da intervenção em seu primeiro mês receberam orientação sobre higiene bucal 46 usuários com HAS (52,9%) e 12 usuários com DM (63,2%), no segundo mês 150 usuários com HAS (80,2%) e 44 usuários com DM para (72,1%), no terceiro mês 201 usuários com HAS (76,7%) e 73 usuários com DM (72,3%), já

no transcurso da intervenção ao finalizar tivemos 359 (98,1%) e 135 (98,5%) respectivamente, segundo observado nas figuras 32 e 33, refletindo uma melhoria considerável deste indicador, foi muito importante o trabalho em geral de todos os profissionais da UBS para o cumprimento da meta.

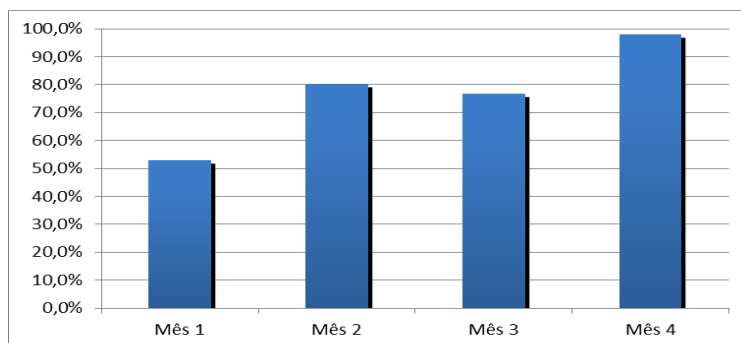


Figura 32. Proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

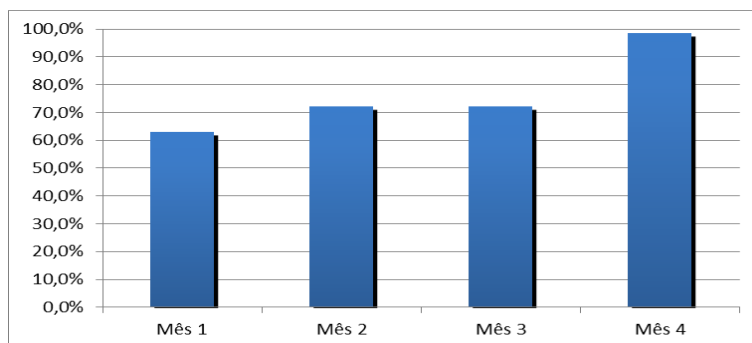


Figura 33 . Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS permitiu ampliar a cobertura da atenção aos portadores com HAS e DM, realizar a melhoria dos registros e a qualificação da atenção sinalizando especificamente a ampliação do exame dos pés diabéticos, a classificação de risco de ambos os grupos de portadores, melhorar a qualidade das consultas aos usuários HAS e DM, com exame clínico e complementares adequados, a prescrição dos medicamentos da Farmácia Popular, a estratificação de risco cardiovascular, as orientações sobre: alimentação saudável, prática de atividade física regular, saúde bucal e os riscos do tabagismo, também, foram importantes, a capacitação dos profissionais da UBS e adesão da intervenção à rotina de trabalho.

A intervenção possibilitou para as equipes de a UBS capacitar-se para seguir as recomendações de Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM, esta importante tarefa permitiu a união e integração dos profissionais (médicos, enfermeiras, as auxiliares de enfermagem e os ACS e profissionais do NASF).

Permitiu organizar melhor o trabalho dos profissionais e definir melhor suas atribuições.

A inserção dos profissionais do NASF (nutricionista, assistente social, psicóloga e professor de educação física) é vista como muito enriquecedora na equipe, destacando-se a importância da ação interdisciplinar para a prevenção e controle da HAS e DM.

Também nossa intervenção teve um impacto muito positivo para outros serviços na UBS como a vacinação, a farmácia e sala de curativo, porque indiretamente possibilitou estimular os profissionais para a melhoria do atendimento dos usuários. Ter uma melhor organização no trabalho, a superação profissional estimulando-os a atualização temas referente à saúde, além de possibilitar que as demais ações programáticas priorizados no futuro possam incorporar muitas das ações desenvolvidas.

Apesar de a nossa intervenção ser desenvolvida em quatro meses, tivemos pouco tempo para abranger toda a população alvo. Tivemos população que não recebeu informação suficiente de nosso trabalho. Avaliamos que os usuários com HAS e DM cadastrados sentem muita satisfação com a prioridade no atendimento, embora esta ação tenha provocado insatisfação em usuários de outros agravos na comunidade. Mas temos que ressaltar que o objetivo melhorando a promoção de saúde: alimentação saudável, estimulando a prática regular de atividade física, aumentando o conhecimento dos riscos do tabagismo, das medidas higiênicas que devem ter os diabéticos para evitar complicações, da importância da assistência regular às consultas e uso adequado dos medicamentos prescritos. Como devem ser acolhidos na Farmácia Popular. Com a ausência do dentista na UBS, aumentamos as orientações de saúde bucal em nossa comunidade.

Sabemos que ainda temos muitos usuários sem diagnóstico ou cobertura, acreditamos que com a incorporação da intervenção, conseguiremos nos próximos meses, com grande esforço chegar próximo a 100 %.

Nossa intervenção poderia ser facilitada, se tivéssemos mais tempo para desenvolver com qualidade nosso trabalho, também nos falta maior integração com os líderes da comunidade para programar melhor o projeto. Os gestores apesar de estar ciente da intervenção deveriam participar da mesma, com maior cooperação e fornecer recursos materiais que poderiam facilitar as variadas atividades e ações da intervenção.

Nossa intervenção esta incorporada a rotina do serviço com a cooperação dos profissionais da UBS, ainda iremos trabalhar na conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização dos usuários com HAS e DM.

Ainda temos que melhorar o registro das fichas para a coleta e monitoramento de todos os indicadores que tínhamos previstos no projeto.

Com a melhora da qualidade do atendimento e acolhimento possibilitaremos os espaços e instalações necessárias para fazer as atividades planejadas. Ampliaremos as VD para captar mais portadores com ajuda dos ACS e técnicos de enfermagem.

Com a cooperação dos gestores poderemos assegurar a presença de equipamentos adequados para realizar um seguimento de qualidade, também continuaremos revindicando a manutenção dos equipamentos necessários.

Vamos continuar a procurar parcerias com setores da comunidade para participem da rotina da UBS, continuaremos com as atividades em saúde (palestras, conversas, grupos de usuários com HAS e/ DM) com temáticas relacionadas com seus agravos.

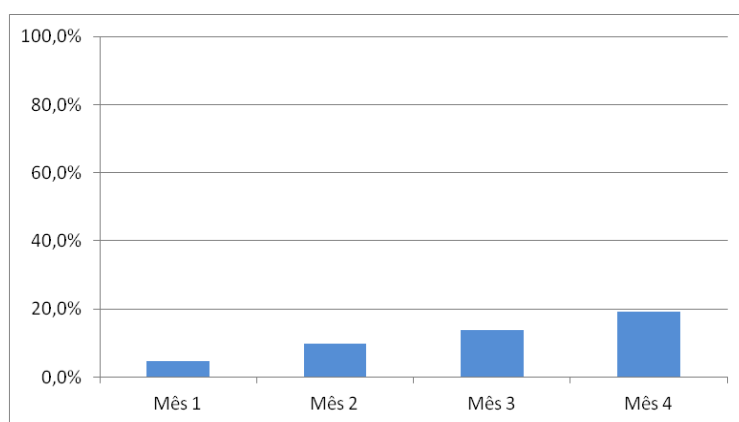
Igualmente manteremos as capacitações na UBS em forma de educação continuada, aumentando o conhecimento dos profissionais em temas de saúde. Monitoraremos continuamente a requisição dos exames complementares. Monitoraremos adequadamente a prescrição dos medicamentos da Farmácia Popular. Vamos informar aos mesmos da acessibilidade e fornecimentos dos medicamentos na Farmácia Popular.

Ao termino da nossa intervenção planejamos a incorporação de outros agentes de saúde para ampliação da cobertura, com a experiência desta intervenção pensamos implementar outras ações programáticas iniciando com a melhoria no pré- natal, Idosos e puericultura qualificando o serviço e a satisfação da população.

5 Relatório da Intervenção para os Gestores

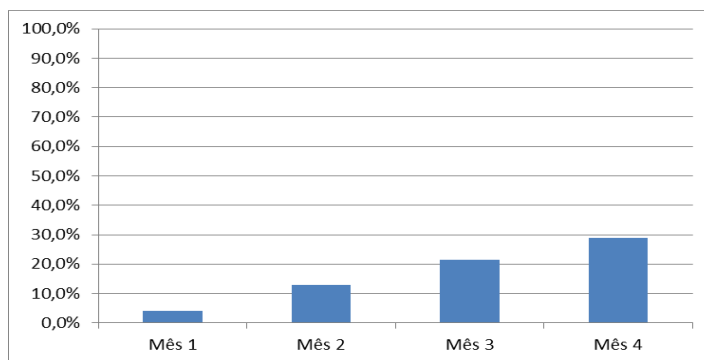
À Secretaria Municipal de Saúde

Prezados gestores municipais com muito respeito gostaria fazer um breve resumo da intervenção comunitária realizado em nossa UBS de Pacoval, Macapá. Somos uma UBS mista com três ESF. A intervenção foi desenvolvida em 16 semanas, de agosto a dezembro de 2014, foram cumpridos seus objetivos de ampliar a cobertura dos usuários com HAS e/ou DM, melhorar a qualidade da atenção dos portadores de essas doenças, melhorar a adesão dos usuários com HAS e/ou DM ao programa, aumentar a qualidade dos registros das informações dos usuários, mapear esses usuários de risco cardiovascular e promover a saúde de estes doentes. Especificamente chegamos cadastrar ao término da intervenção 366 usuários com HAS (19,1%) e 137 diabéticos (29%), sem poder alcançar 50% do planejado, mas com o principal objetivo de unificar as ações entre as equipes, melhorar e incorporar a intervenção à rotina do serviço da unidade de acordo com o protocolo de hipertensão e diabetes do MS, também obtivemos como indicador de qualidade 93,7 e 94,2% em dia para o exame clínico e exames complementares e com prescrição da medicação da farmácia popular com 97,1% e 92,3% respectivamente.



Cobertura de usuários com HAS do programa de hipertensão e diabetes. Pacoval.Macapá/AP.2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.



Cobertura de usuários com DM do programa de HAS e DM. Pacoval.Macapá/AP.2014.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

A grande maioria das ações planejadas foi cumprida segundo o cronograma das atividades, promovemos a incorporação do programa à rotina da UBS com a cooperação e o trabalho unido dos profissionais, foram elevados os conhecimentos das equipes com as capacitações semanais, aumentamos a qualidade do atendimento e acolhimento dos usuários com HAS e/ou DM, houve a melhora e qualificação das consultas, a qualidade dos registros ficou organizada. Foram realizadas diferentes atividades de promoção da saúde na comunidade elevando os conhecimentos dos usuários sobre estes agravos e aumentando a sua satisfação, uma boa parte da população de nossa área de abrangência receberá como sua a nossa intervenção. Estipulamos parcerias, cooperação e ajuda, acreditamos que nosso trabalho realizou impacto na comunidade permitindo melhorar os indicadores de saúde destes usuários e a população em geral, necessitando a continuação da intervenção, pois faltam muitas ações para ser desenvolvidas.

Acreditamos que com a ajuda dos gestores poderemos garantir com qualidade os equipamentos e material adequado para o seguimento dos portadores, incorporar com interferência sua, outras UBS para a realização dos exames laboratoriais. Aumentar o estoque de medicamentos de nossa farmácia, para o atendimento adequado do programa. Disponibilizar o dentista na UBS, facilitar a compra de medicamentos para o tratamento dos usuários tabagistas.

Recomendamos aos gestores de saúde em conjunto com o governo municipal fazer um planejamento, devendo incluir nossa unidade como prioridade com o objetivo de ampliar a construção de uma nova unidade conforme as normas estabelecidas no manual da estrutura das UBS, tendo em conta todos os ambientes necessários para o desenvolvimento das atividades executadas na unidade. Finalizando acreditamos que com ajuda da gestão, nosso trabalho terá continuação na UBS.

6 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Prezada comunidade:

Gostaria compartilhar com vocês minha grande alegria com a intervenção. Trabalho este realizado em quatro meses, de setembro a dezembro de 2014. Foi melhorando a assistência dos usuários com hipertensão e diabetes de nossa comunidade, da qual vocês formam parte. Desde o início desta maravilhosa tarefa me ajudaram muito para que muitas das atividades tivessem a qualidade adequada e agradeço pela cooperação.

Quero comenta- lhes que a intervenção que há poucos dias terminou teve grande êxito, melhorando o cadastramento dos portadores com hipertensão e diabetes, as consultas aumentaram em qualidade. Devem saber que em nossa unidade apesar de não ter laboratório para a realização dos exames complementares, sempre os usuários foram encaminhados às unidades de saúde com laboratório, além do Hospital Geral. Seus familiares, vizinhos e população em geral demonstraram satisfação, elevando seus conhecimentos sobre uma dieta saudável, evitando alimentos salgados e pouco gordurosos. Dando muita importância à ingestão de frutas e vegetais, também devo dizer falou- se das vantagens para a saúde dos usuários a pratica frequente dos exercícios físicos, principalmente as caminhadas de 30 minutos ao dia.

Durante todas estas semanas desenvolvemos muitas atividades de promoção de saúde que acreditamos serão uteis para evitar complicações dos agravos, mas também da comunidade em geral. Conscientizamos- os no cuidado de sua saúde, sem duvidas com a ajuda de vocês logramos constituir os grupos de usuários com HAS e/ou DM com grande satisfação para os doentes, foram realizadas as ações de saúde nas escolas e igrejas de muita importância para procurar usuários com HAS e/ou DM, também nas visitas domiciliares foram feitas palestras sobre muitos temas relacionados com os agravos.

A parceria de toda a comunidade, sugerindo ideias, divulgando a intervenção desenvolvida, para que nosso trabalho a cada dia melhore, tanto em sua unidade de saúde

como em sua própria comunidade, ainda falta muito trabalho por realizar, mas temos certeza que com a união de nos profissionais e da comunidade, poderemos elevar a qualidade de vida de nossos usuários.

7 Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem.

Os profissionais da saúde são uns dos recursos mais valiosos de todo sistema de saúde. Para desenvolvimento das equipes de saúde competentes é necessário capacitar os profissionais da saúde para a atualização de seus conhecimentos requeridos e na realização de seu trabalho, para que possam responder às necessidades de saúde que mudam constantemente.

A minhas expectativas iniciais com relação ao curso e sobre os demais espaços de aprendizagem foram sem duvida de ter uma nova experiência porque além de elevar meus conhecimentos como profissional da saúde permitiu manter contato com outros colegas e compartilhar critérios, duvidas e ideias nos fóruns, também de ajudar ainda mais a melhorar a pratica do idioma português, ter maior conhecimento sobre a cultura, a historia e o sistema de saúde do Brasil.

Nossa intervenção na UBS nos permitiu elevar a qualidade no serviço da unidade, especificamente no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, com certeza aumentou nosso desempenho como profissional da saúde, possibilitando a capacitação adequada dos profissionais, organizando com maior qualidade o acolhimento e atendimento dos usuários com HAS e/ou DM, as consultas melhoraram em qualidade elevando ainda mais nosso desenvolvimento, esta importante tarefa possibilitou maior união no trabalho com os funcionários da UBS, também ajudou muito aumentando o vínculo dos usuários com HAS e/ou DM e da comunidade, sobre tudo nas atividades de promoção de saúde e nas VD. Possibilitou que os usuários tivessem maior compreensão sobre seu agravo, estimulou nossa capacidade de inovação em momentos quando houve dificuldades com algumas metas, mas com o grande esforço, da maioria dos profissionais da UBS as metas e objetivos da intervenção foram cumpridas com êxito.

Mas ainda como profissional acreditamos que nosso trabalho pode melhorar muito mais conseguindo transmitir nossas experiências para outros serviços da UBS e demais programas priorizados, qualificando- os e assim elevar positivamente os indicadores de saúde e possibilitando o nível de satisfação da comunidade.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadores e Planos**. Agencia Nacional.

2. BRASIL. Caderno Atenção Básica, número 36, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: *Diabetes Mellitus*, Ministério da Saúde. 2013.

3. BRASIL. Caderno Atenção Básica, número 37, "Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica", Ministério da Saúde.

4. CAMPBELL N, ANGELL S, RABADAN C, ETIENNE C. **Dia Mundial da Saúde 2013 destaca o controle da Hipertensão**. BIREME/OPAS/OMS. São Paulo/SP, disponível em: <http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=205%3Adia-mundial-da-saude-2013-destaca-o-controle-da-hipertensao&catid=15%3Aops-wdc&Itemid=73&lang=pt>. Acesso em: 18 de março de 2014.

5. GONZÁLEZ S R L, INTERIANO R S M, RODRÍGUEZ J R, MENÉNDEZ J. Educación para la salud. Influencia en ancianos hipertensos. Rev. Cubana Med Gen Integr. 1999; 15 (4): 364–7.

6. LA ROSA Y. Modificación de conocimiento sobre Factores de Riesgo de Hipertensión Arterial. [Trabajo para optar por el título de Especialista de 1er grado de MGI]. Santiago de Cuba 2007.

7. LINDHOLM LH, CARLBERG B, SAMUELSSON O. Should beta-blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. Lancet. 2005;366:1545-53. [PubMed].

8. Medimecum 11º ed. Villa Alcázar LF, coordinador. Madrid: Adis International; 2006.

9. NOBRE F., BARBOSA E., CESAR P, TUFIC J. M. **Hipertensão arterial sistêmica primária.** Medicina. Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EA mica%20prim%E1ria.pdf>. Acesso 20 de março de 2014.

10. SCHERR C, RIBEIRO JP. **Gênero, idade, nível social e fatores de risco cardiovascular: considerações sobre a realidade brasileira.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2009, 93(6): 672-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6/18.pdf>>. Acesso em: 18 de março de 2014.

11. REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. Rio de Janeiro, 2010, vol. . Disponível em: <http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf>. Acesso em 18 de março de 2014.

12. ROSÁRIO TM, SCALA LCNS, FRANÇA GVA, PEREIRA MRG, Jardim PCBV. **Prevalência, controle e tratamento da Hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2009, 93(6): 672-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v93n6/18.pdf>>. Acesso em: 18 de março de 2014.

13. TORRES QUIÑONES L. Modificación de conocimiento sobre Factores de Riesgo de Hipertensión Arterial. [Trabajo para optar por el título de Especialista de 1er grado de MGI]. Bolivia 2008.

14. Vademecum Internacional. 47ª ed. Madrid: Medicom; 2006.

Apêndice

Apêndice A - Ficha espelho complementar

Data	Profissional do atendimento	Busca dos usuários faltosos	Busca ativa de hipertensos e diabéticos novos	Orientações sobre saúde bucal	Atendimento odontológico	Observações

Apêndice B - Imagens da intervenção







Anexos

Anexo A - Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (planilha eletrônica)

Objetivos	Metas	Indicadores
1. Cobertura	1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.
	1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.
2. Qualidade	2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados	2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
	2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados	2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
	2.3. Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
	2.4. Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
	2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.
	2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.
	2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados.	2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
	2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.	2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
3. Adesão	3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
	3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.	3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
4. Registro	4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
	4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
5. Avaliação de risco	5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.	5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.
	5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.	5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.
6. Promoção da saúde	6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados.	6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
	6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados.	6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
	6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.	6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.
	6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.	6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.
	6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.	6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.
	6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.	6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.
	6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.	6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.
	6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.	6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Anexo B - Ficha Espelho



Especialização em
Saúde da Família
e Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não

Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não

Há quanto tempo tem HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

Especialização em
Saúde da Família
e Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

[illegible]

Anexo C - Planilha De Coleta De Dados (Planilha Eletrônica)

[illegible]

Anexo D - Carta de aprovação do Comitê de ética da UFPEL

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	
	

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO saúde à comunidade.
